Aus dem Institut für Psychotherapie
und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr.med. D. Wyss

DER KRANKE MIT CHRONISCHEN SCHMERZEN

Ein Versuch, Schmerzschilderungen zu verstehen

Inaugural-Dissertation
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Helga Winkler
aus Kelheim

Würzburg, den 14. Juli 1981

1982

Aus dem Institut für Psychotherapie
und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr.med. D. Wyss

DER KRANKE MIT CHRONISCHEN SCHMERZEN

Ein Versuch, Schmerzschilderungen zu verstehen

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von
Helga Winkler
aus Kelheim

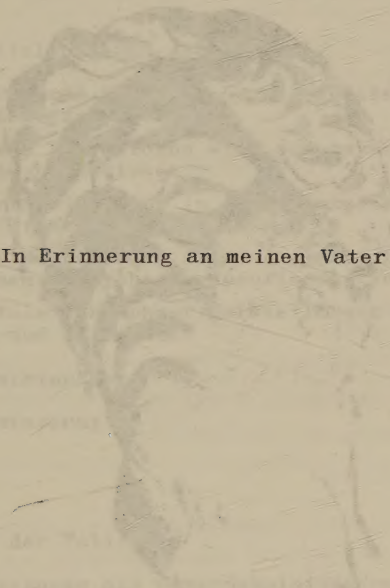
Würzburg, den 14. Juli 1981

Referent:	Professor Dr.med. D. Wyss
Korreferent:	Professor Dr.med. H. Sattes
Dekan:	Professor Dr.med. K.-H. Wulf

Tag der mündlichen Prüfung: 9.2.1982

UNIV. LEIDEN BIN.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg



In Erinnerung an meinen Vater

PIERRE JEAN DAVID D'ANGERS (1788-1856)

S c h m e r z

Gipsplastik. Einziges Modell, 1811 vollendet.
Sie gewann den Preis der Akademie der Schönen
Künste für ein 'ausdrucksvolles Gesicht'.

MUSÉE DES BEAUX-ARTS, ANGERS

entnommen aus SCHADEWALDT (1974)

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

Seite

A. EINLEITUNG 1

a) Problemstellung und Arbeitsziel 1

- Kurzer Abriß über den heutigen Wissensstand der Schmerzphysiologie 2
- Auch von Physiologen wird auf psychische Aspekte hingewiesen 4
- Schmerzschilderung in der naturwissenschaftlichen Medizin 5
- Schmerzschilderung als Zugang zum Patienten und Ansatz psychotherapeutischen Vorgehens 8
- Beispiele von Schmerzdarstellungen aus Kunst und Literatur 11

b) Literaturhinweise 13

c) Zusammenfassung 17

B. METHODIK 19

a) Auswahl der Patienten 19

b) Der Fragebogen als Gesprächsleitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen sowie Alternativfragen 20

c) Das Gespräch mit den Patienten, das Begegnungscharakter haben sollte 24

d) Zusammenfassung 25

C. ERGEBNISSE 27

a) Epidemiologische Daten 27

- Alters- und Geschlechtsverteilung 27
- Stadt - Land - Verteilung 31
- Berufsverteilung 31
- Familienstand 32
- Stellung in der Geschwisterreihe 33
- Schmerzsyndrome 34

b) Die Schmerzbeschreibung von seiten der Patienten 36

- Einzelne Phänomene der Schmerzbeschreibung 38
- Schmerz und Körpergefühl, Körperschema 38
- Ausgeliefertsein an den Schmerz 42
- Schmerzzufügung durch "jemand, einer, man, ich" 42
- Gegenstände, die Schmerzen verursachen 43
- Tiere, die Schmerzen verursachen 44
- Selbstzerstörung 44

c) Der Gesamteindruck, den die Schmerzbeschreibung auf den Untersucher macht 45

- Die Schmerzbeschreibung läßt auf Bewältigung schließen 46
- Die Schmerzbeschreibung läßt darauf schließen, daß der Grad der Bewältigung schwankt, teilweise ist keine Bewältigung erfolgt 48
- Gewöhnung an den Schmerz 50

d) Kommunikation 50

- Wunsch nach Kommunikation 51
- Beschreibbarkeit des Schmerzes 52
- Unwertgefühl, "Scham" 53
- Aufrechterhaltung anderer Interessen; Einschränkung der Aktionsfreiheit durch den Schmerz 53

e) Zusammenfassung 54

D. INTERPRETATION 56

a) Drei Ebenen der Auseinandersetzung mit dem Schmerz 56

b) Die WYSSschen Modalitäten 61

- Erkunden 62
- Entdecken 62
- Erschließen 63
- Sich-Auseinandersetzen 64
- Binden und Lösen 64

Seite

- Aufzeigen und Aufweisen 65
- Bewältigen 66

c) Die Interpretation der Schmerzaussagen 66

- Körpergefühl und Schmerz 68
- Das anthropologische Grenzmodell und das tiefenpsychologische Modell der Fragmentarisierung 72
- Ausgeliefertsein an den Schmerz und Schmerzzufügung von außen; Modell der Umwandlung von Schmerz in Aggressions-Wut 75
- Selbstzerstörerische Tendenzen; Aggressivität gegen die eigene Person als Urheber der Schmerzen 80

d) Der Gesamteindruck der Schmerzbeschreibung unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung 82

- Gewöhnung an den Schmerz; das tiefenpsychologische Modell der Bewältigung über Integration und Distanzierung 84

e) Kommunikation und Aktionsfreiheit des Schmerzkranken 89

- Beschreibbarkeit des Schmerzes 90
- Unwertgefühl, "Scham" 94
- Aufrechterhaltung anderer Interessen, Einschränkung der Aktionsfreiheit durch den Schmerz 96

f) Zusammenfassung 98

E. ÜBERBLICK 100

F. AUSBLICK 103

LITERATURVERZEICHNIS I - V

ANHANG

- Die Patienten 1*
- Der Fragebogen 49*

A. EINLEITUNG

a) Problemstellung und Arbeitsziel

> "Ich bin verloren, Jüngling; ich vermag es nicht
> Die Qual noch zu verhehlen. O es dringt zum Mark,
> Es dringt zum Mark! Ich Armer, ich Unselger, ach!
> Verloren bin ich Jüngling - es verzehrt mich - weh!"
>
> (SOPHOKLES, 1968)

Diese Worte aus Philoktetes von SOPHOKLES drücken die Verzweiflung aus, in die ein Mensch durch Schmerzen getrieben werden kann. SOPHOKLES schildert in seiner Tragödie den schmerzgeplagten Menschen; er zeigt die Erlebnisseite des Schmerzes auf und damit ein Problem, das von der klinischen Medizin wenig beachtet wird. Doch nicht nur das Leiden am Schmerz wird gezeigt, SOPHOKLES gibt auch einen Grund für das Leiden an. Er nennt eine religiöse bzw. mythische Begründung, Philoktet muß den Schmerz erdulden, weil er gegen die Götter verstoßen hat.

In den alten Kulturen ist Schmerz etwas, das ertragen werden muß, er ist eine Erfahrung des Bösen, er ist ein unvermeidlicher Teil des Lebens. Man kann mit Zauber oder Gebet dagegen ankämpfen. Helga HAUSMANN (1970) schreibt: "In alten orientalischen Kulturen und der frühen griechischen herrschte die dämonologische Krankheitsauffassung vor: so heute noch bei Naturvölkern. Krankheit gilt als ein von außen in den Körper eingedrungener Dämon, der durch Beschwörung ausgetrieben werden muß." Diese dämonologische Vorstellung schließt zwei Gesichtspunkte mit ein. Zum einen ist der Schmerz etwas, das den Menschen von außen trifft und irgendwie erklärbar ist und somit nicht in seiner Sinnlosigkeit unerträglich, zum anderen kann der vom Schmerz Getroffene oder seine ihm vertraute Umgebung aktiv etwas dagegen tun, z.B. die Götter beschwören; die Zuständigkeit für den Schmerz wird nicht wie heute anony-

men Einrichtungen überlassen und die Aufgabe, ihn zu bekämpfen, an Ärzte, Geräte und Tabletten abgegeben.

Später, mit der Entwicklung eines pathologisch-anatomischen Krankheitsbegriffes, ist der Schmerz zu einem Warnsignal geworden, das zeigt, daß irgendwo im Körper ein Defekt ist, den es zu entdecken und zu beseitigen gilt. Wenn der Schmerz diese Indikatorfunktion nicht erfüllen kann oder sie erfüllt hat, ist er völlig überflüssig und vor allem unbegreifbar geworden. Er ist noch unerträglicher geworden und die Auflehnung gegen ihn noch verzweifelter, wo er z.B. nicht mehr als gottgegeben angesehen werden kann und das Ertragen nicht mehr als Läuterung der Seele oder als Sühne gilt.

In der hochtechnisierten Welt von heute ist auch der Schmerz zu einer Frage der Technik geworden. Die Physiologie der Schmerzempfindung ist in den Vordergrund getreten, die Frage nach der medikamentösen und chirurgischen Schmerzbekämpfung.

Kurzer Abriß über den heutigen Wissensstand der Schmerzphysiologie

Ich möchte mit meiner Arbeit nicht in Zweifel stellen, wie wichtig die Erforschung der Physiologie der Schmerzbekämpfung ist. Gerade für die Schmerzbekämpfung sind in letzter Zeit wesentliche Erkenntnisse gewonnen worden. MELZACK und WALL entwickelten die "Gate- Control -Theory", die MELZACK dann dahingehend modifizierte, daß er den wichtigsten hemmenden Einfluß auf die nach zentral projizierenden Transmissionszellen des Hinterhorns der Substantia reticularis des Hirnstamms zusprach (MELZACK, 1976). Und als Angriffspunkt für die Akupunktur als einer zumindest im westlichen Kulturkreis neuen Art der Schmerzbekämpfung sah er ebenfalls die Formatio reticularis an. Die chirurgischen Eingriffe zur Linderung chronischer Schmerzen konnten durch eine intensive

Erforschung der Anatomie und Physiologie entwickelt bzw. weiter verfeinert werden. Grundlegend dafür ist unter anderem die Entdeckung, daß es zwei schmerzleitende Systeme gibt: das rasch leitende und schnell adaptierende System der dickeren, myelinisierten A-Delta-2-Fasern und das langsam leitende und mäßig adaptierende System der myelinlosen oder myelinarmen C-Fasern. Das schnelleitende System ist verantwortlich für das Fühlen der Schmerzperzeption und für die Schmerzdiskrimination, es übermittelt beispielsweise den exakt lokalisierten Schmerz von der Körperoberfläche. Das langsame Schmerzsystem leitet sowohl von der Körperoberfläche als auch aus den tiefen Organen den nur grob lokalisierten und länger dauernden protopathischen Schmerz, es ist verantwortlich für die Schmerzsensation (HASSLER, 1960). Von vielen Versuchspersonen wird der erste "schnelle" Schmerz als hell, akut und scharf beschrieben, während der zweite "langsame" Schmerz länger andauert und dumpfer und weniger gut begrenzt erlebt wird (JANZEN, 1973). Dieser "langsame" oder Dauerschmerz macht das eigentliche Leiden der Patienten aus. Unter physiologischen Bedingungen, wenn nicht durch eine Nervenschädigung die A-Delta-2-Fasern selektiv betroffen sind, blockieren die afferenten Impulse der A-Delta-2-Fasern die zentralen Schaltstellen für die später eintreffenden Impulse der C-Fasern (STRUPPLER, 1966). Es gibt nun die Möglichkeit, das schnellleitende System zu reizen, z.B. durch die transcutane elektrische Nervenstimulation bzw. die elektrische Hinterstrangreizung über implantierte Elektroden und so durch nicht schmerzhafte Impulse die Aktivität der C-Fasern zu unterdrücken. Das Gleichgewicht zwischen schmerzhaften und nicht schmerzhaften Impulsen wird so beeinflußt, daß die Schmerzempfindung abgeschwächt wird (THODEN, KRAINIK, 1978). Eine weitere Möglichkeit der Behandlung chronischer Schmerzen besteht in der intracerebralen Ausschaltung und Stimulation (MUNDINGER, 1978). Auch die Methode zur Schmerzleitungsunterbrechung durch Chordotomie ist durch die Einführung einer neuen Technik, der percutanen cervicalen Chordotomie, für den

Patienten sehr viel weniger belastend als die offene Chordotomie (MULLAN, 1965; ROSOMOFF, 1966). Um 1976/1977 sind neue neuropharmakologische und neurochemische Untersuchungen bekannt geworden, die die Bedeutung von körpereigenen Substanzen, den Endorphinen, hervorheben. Die Endorphine haben auf das Schmerzsystem ähnliche Wirkung wie Opiate. Sie setzen vermutlich die Erregbarkeit der Schmerzneuronen herab und reduzieren dadurch die Wirkung von Schmerzreizen (MARX, 1977; SYNDER, 1977).

Es geht aus diesem kurzen Abriß deutlich hervor, wie grundlegend die Erforschung der anatomischen und physiologischen Strukturen, die bei der Schmerzentstehung und -leitung eine Rolle spielen, ist.

Auch von Physiologen wird auf psychische Aspekte hingewiesen

Aber selbst in Arbeiten über die Physiologie der Schmerzempfindung wird häufig der Zusammenhang von Psyche und Schmerzerleben aufgezeigt. So schreibt z.B. MUNDINGER (1978) in seiner Arbeit über die stereotaktisch-funktionelle Behandlung des Schmerzes durch intracerebrale Ausschaltung und Stimulation: "Was ist Schmerz? Der Schmerz ist zunächst ein subjektives Phänomen, er ist eine Bewußtseinserscheinung. Er existiert nur in Verbindung mit einem erfahrenden oder sensitiven Subjekt. Es gibt keinen unbewußten Schmerz." MÜKE (1978) schreibt in seiner Abhandlung über Schmerzausschaltung durch Chordotomie: "Erst wenn alle diese Maßnahmen" (gemeint sind Physikotherapie, soziale Betreuung, Wiedereingliederung in die Gemeinschaft, Psychopharmaka) "fehlgeschlagen sind und wir einigermaßen sicher sein können, daß die psychische Komponente des Schmerzes nicht überwiegt, sind chirurgische Maßnahmen gerechtfertigt. Patienten mit psychischen Schmerzen, Schmerzen, die meistens nicht klar definiert werden können, sollte man von vornherein eliminieren." In seinem Buch "Allge-

meine Sinnesphysiologie" schreibt HENSEL (1966): "Bei der Schmerzempfindung steht die affektive oder 'protopathische' Unlustempfindung so sehr im Vordergrund, daß man sich fragen muß: 'Gehört der Schmerz überhaupt noch zu den Sinneserlebnissen, oder ist er nicht vielmehr ein reiner Affekt?' Wie schon der Sprachgebrauch lehrt (besonders deutlich in dem englischen Wort 'pain' = Schmerz, Weh, Pein, Kummer) gibt es keine klare Grenze zwischen einem 'physischen' und einem 'psychischen' Schmerzerlebnis." Weiter schreibt er: "Es gibt wohl kaum einen Bereich sinnlicher Erlebnisse, der so stark von der intentionalen Einstellung des Subjekts abhängt, wie der Schmerz." Auch PRINZ AUERSPERG (1963), der sich in seinem Buch "Schmerz und Schmerzhaftigkeit" sehr eingehend mit physiologischen Gesichtspunkten beschäftigt, weist vor allem im Nachwort "Schmerz und Befindensweisen" auf die Potentialität der Spontanaktivität als Voraussetzung des Schmerzerlebnisses hin: "In den schweren suizidalen vitalen Depressionszuständen besteht ja das besondere Leiden darin, daß die Spontanaktivität, welche ja in ihrem Weltbezug eine Funktion des motivierenden Interesses ist, derart erlahmt, daß ein erlebnismäßig begründeter Schmerz nicht empfunden werden kann."

Schmerzschilderung in der naturwissenschaftlichen Medizin

In der Medizin von heute wird der Schmerzschilderung des Patienten als Zugang zur Person des Kranken zumindest theoretisch wenig Wert beigemessen. Für viele Mediziner ist der Schmerz diagnostisches Mittel, und wo er diese Funktion nicht erfüllen kann und überdies nicht mit technischen Mitteln zu beseitigen ist, wird er zu einem sehr lästigen Übel, das viele Ärzte ihre Ohnmacht erkennen läßt. Patienten mit unheilbaren und unerklärlichen Schmerzen sind für viele Mediziner ein Schrecken und werden nicht zuletzt der eigenen Ohnmacht wegen oft als "Psychopathen" bezeichnet.

Für die Kranken, die solche oft chronischen und unheilbaren Schmerzen erdulden müssen, die ja ebenfalls in einer Kultur, in der der Schmerz sinnlos geworden ist, eingebettet sind, bedeutet es einen erheblichen Schock zu sehen, daß ihnen die Medizin nicht ohne weiteres helfen kann. Sie fühlen sich allein gelassen und nicht verstanden, und oft tauchen dann wieder Fragen nach dem Warum auf, nach einer Schuld oder Strafe. Sie suchen oft nach den Hilfen, die die Mythen früher anboten, aber sie stoßen damit auf Unverständnis.

> "Das kann doch nicht sein, ich hab ja alles getan, ich hab immer geholfen, ich kann ja gar nicht gestraft werden." (Patientin 13)
>
> "Es ist halt eine Art Buße." (Patient 5')*)

Wenn man sich mit Patienten, die von unheilbaren Schmerzen geplagt sind, länger unterhält und ihnen zuhört, merkt man, welche existentiellen Fragen das Leiden aufwirft.

Ich möchte nun auf den Sinn einer Arbeit über Schmerzschilderungen näher eingehen. Natürlich ist es möglich, die Schmerzbeschreibung zur Diagnosestellung heranzuziehen, wie in den weiter unten zitierten Arbeiten von MELZACK u. TORGERSON (1971), DUBUISSON u. MELZACK (1976), BAILEY u. DAVIDSON (1976). Es ist bekannt, daß Schmerzbeschreibungen auf bestimmte Krankheitsbilder hinweisen können. So wird in Lehrbüchern der stechende, mit Engegefühl verbundene pectanginöse Schmerz beschrieben (JANZEN, 1973). Der Verdacht auf Myokardinfarkt resultiert oft aus der Schmerzbeschreibung des Patienten. HEGGLIN (1963): "Charakteristisch ist aber nicht ein streng lokalisierter, sondern ein zusammenschnürender Schmerz, der wie eine Beengung empfunden wird." Die Diagnose des Tic douloureux kann häufig aus der Schilderung des Kranken gestellt werden (JANZEN, 1973). In der älteren Fachliteratur findet man ausführliche Schmerzschilderungen. Offensichtlich spielte früher

---

*) Die Patienten wurden der Reihenfolge meiner Befragung nach durchnumeriert. Die Gespräche mit den ersten 30 Patienten (1'-30') führte ich ohne Fragebogen, die mit den restlichen Patienten (1-106) mit Fragebogen. Die Aussagen der Patienten sind im Anhang aufgeführt.

die Beschreibung als Diagnostikum eine größere Rolle als heute. In "SCHÖNLEINs klinische Vorträge" von 1842 steht zu lesen: "Ich muß Sie bei dieser Gelegenheit auf einen Schmerz aufmerksam machen, der so leicht zu Irrtümern führen kann, nämlich den bei Pleuritis beobachteten, vom Rücken bis zum Lumbaltheil herabziehenden Schmerz. Da wo die Pleura allein entzündet ist, und nicht zugleich die Lunge, kann leicht der Irrtum entstehen, dass man diesen reissenden, ziehenden Rückenschmerz für rheumatisch hält..." Beeindruckend ist auch die Beschreibung von Schmerzen in der Magengegend, die bei WUNDERLICH (1864) zu finden ist: "Gefühl des lebhaften Drucks oder der Konstriktion oder des Prickelns, oder lanzinierende, stechende Schmerzen, bald das Gefühl einer glühenden Kohle, des Zerreißens, Nagens, bald ausstrahlende Schmerzen, bald konzentrierte."
Eine der bekanntesten Schmerzschilderungen aus der älteren Fachliteratur, die auch in den heutigen Lehrbüchern oft zitiert wird, ist die Beschreibung eines Gichtanfalls von SYDENHAM (1683), der selbst an dieser Krankheit litt: "Dem Anfall selbst gehen einige Tage Torpor, ein Gefühl, als ob Blähungen längs der Beine und der Schenkel abgingen, und eine krampfhafte Affektion voraus; .... Um zwei Uhr morgens wird er durch einen heftigen Schmerz in der großen Zehe geweckt, Schmerzen in Rist, Ferse und Knöchel sind seltener. Der Schmerz gleicht dem einer Verrenkung und doch fühlen sich die leidenden Teile, wie wenn kaltes Wasser auf sie gegossen worden wäre. Darauf folgen Frostschauer und ein wenig Fieber. Der anfangs mäßige Schmerz wird heftiger, und damit steigern sich auch die Frostschauer. Nach einiger Zeit erreichen die Symptome ihre Höhe, der Schmerz hält sich an die Knochen und Bänder des Tarsus und Metatarsus und ist bald spannend und reißend, bald nagend, bald drückend und einschnürend. Der leidende Teil ist so empfindlich, daß er weder das Gewicht der Bettücher noch die Erschütterung des Bodens durch das Gehen einer Person im Zimmer ertragen kann. Die Nacht ist peinlich, schlaflos und höchst unruhig."

Schmerzschilderung als Zugang zum Patienten und Ansatz psychotherapeutischen Vorgehens

In dieser Arbeit soll die Schmerzbeschreibung als Diagnostikum keine Rolle spielen. Es geht mir vielmehr darum, die Schmerzschilderungen phänomenologisch zu untersuchen und herauszuarbeiten, wie Schmerzen erlebt werden und was es für den Betroffenen heißt, chronische Schmerzen ertragen zu müssen. Ich werde dabei auf die Bedeutung des Schmerzes für das Selbstverständnis des eigenen Körpers eingehen, auf die Rolle, die der Schmerz in der Entwicklung des Menschen spielt, aber auch auf die Frage nach der kommunikativen Bedeutung des Schmerzes.

Ein wichtiger Begriff, der in meiner Arbeit häufig auftaucht, ist der der Bewältigung des Schmerzes. Ich meine damit, daß ein Schmerzkranker fähig ist, Kommunikation aufrecht zu erhalten, daß er nicht völlig im Leiden verfangen bleibt und daß der Schmerz nicht zu einer Desintegration der Person führt.

Die Frage, die meiner Arbeit letztlich zugrunde liegt, ist die, ob es möglich ist, chronische Schmerzen, die sehr schwer zu behandeln sind, auf psychotherapeutischem Wege zu beeinflussen. Schmerz ist nicht nur eine Empfindung, sondern auch ein Gefühl. Wie bei jedem anderen Gefühl ist die "Ich-Nähe" (PRINZ AUERSPERG, 1963) entscheidend für das Verhalten des Betroffenen. Bei einem Patienten, der vom Schmerzerleben erfüllt ist, bei dem, wie FREUD schreibt, eine "Gegenbesetzung" eintrat, "zu deren Gunsten alle anderen psychischen Systeme verarmen, so daß eine ausgedehnte Lähmung oder Herabsetzung der sonstigen psychischen Leistung erfolgt" (FREUD, Jenseits des Lustprinzips, 1940), scheint es wichtig zu sein, ein anderes Gefühl in größere "Ich-Nähe" zu rücken, bzw. den Schmerz "ich-fremder" zu machen. Dies meint sicher auch BUYTENDIJK (1948), wenn er schreibt, daß der Schmerz in dem Maße verschwindet, in welchem eine objektivierende Einstellung die affektive ersetzt. Hier könnte eine mögliche Psychotherapie ansetzen. Wichtig ist,

zu Schmerzkranken einen intensiven Kontakt aufzubauen, um die Bedeutung, die der Schmerz für sie hat, vor allem die Ängste, die damit verbunden sind, zu erarbeiten und bewußt zu machen. Es sind zum einen Ängste, die aus der Frage nach der Ursache entstehen und die zutreffend, aber auch hypochondrisch ausgestaltet sein können. Folgen für Familie und Arbeitsplatz stehen manchmal im Mittelpunkt des quälenden Grübelns von Schmerzkranken.

Es ist eben nicht nur der stechende Schmerz, den es zu beseitigen, oder mit dem es zu leben gilt, sondern der Schmerz, der dazu führt, daß fast alle Gedanken sich darauf konzentrieren, daß man sich minderwertig fühlt, daß man ständig sinniert, wie er zu vermeiden wäre, letztlich führt er zu einem dauernden Uneinssein mit dem eigenen Körper, aber nicht nur damit, sondern auch mit den anderen Menschen. Es ist in unserer Zeit, wie schon oben angedeutet, ein Anachronismus, Schmerzen erleiden zu müssen. "Es muß doch was dagegen geben." SAUERBRUCH-WENKE (1961) dazu: "Die größere Abwehr gegen den Schmerz ist aber wohl meistens durch das Wissen bedingt, daß es sichere Methoden der Schmerzbekämpfung gibt, die jeder Kranke für sich in Anspruch nehmen will." Jeder, der krank ist, wird heute zunächst einmal "abgeschoben", die Sorge darum, ihn gesund zu machen, wird auch vom Kranken selbst delegiert an Ärzte und Geräte. Daß krank zu werden und auch Schmerzen zu haben ein wesentlicher Bestandteil des Lebens ist, daß das Sterben auch zum Leben gehört, ist vielfach aus dem Bewußtsein verdrängt. Immer wieder wird man als Arzt mit Vorwürfen überschüttet, wenn man nicht mehr helfen kann. Und die Ungläubigkeit ist groß, wenn man sagt, daß der Kranke auch versuchen muß, trotz der Schmerzen sein Leben aktiv weiterzugestalten. In einer Gesellschaft, in der vor allem Jugend, Äußerlichkeit, Karriere und materieller Besitz als Werte zählen, ist es sicherlich schwer, plötzlich krank zu sein, vor allem mit chronischen Schmerzen, was ja oft beinhaltet, die gewohnte Arbeit nicht mehr leisten zu können oder gar den

Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet. Mitunter tauchen Ängste auf, den Partner zu verlieren bzw. den Mitmenschen zur Last zu fallen. Das Selbstverständnis, sich in seiner Krankheit akzeptieren zu lassen und sich selbst zu akzeptieren, ist heute nicht vorhanden. Vor allem bei Menschen, die vorher aktiv, erfolgreich und selbstsicher waren, fehlt diese Einstellung. Auf der anderen Seite, und auch hier ist dem Schmerz mit Schmerzmitteln allein nicht zu begegnen, gibt es die Flucht in die Krankheit, wenn Lebens- und Arbeitsbedingungen zu belastend sind, bzw. man auch ohne Krankheit den oben angeführten Wertvorstellungen nicht gerecht werden kann. Häufig treten Schmerzen als Ausdruck einer larvierten Depression auf, sehr oft im Klimakterium, also in einer Zeit, in der viele sich stark mit dem Gedanken auseinandersetzen, den gesellschaftlichen Vorstellungen nicht mehr zu entsprechen, oder Angst vor dem Alter und möglicher Krankheit haben und davor, nicht mehr akzeptiert zu sein. Diese jeweils spezifische Situation des einzelnen, die Frage nach Ängsten, die die Flucht in den Schmerz bewirken,und nach Ängsten, die durch chronischen Schmerz ausgelöst werden, muß im Gespräch herausgearbeitet werden. Die Schmerzbeschreibung des Kranken liefert einen guten Einstieg in ein Gespräch. Es ergibt sich so die Möglichkeit, einen Kommunikationsrahmen zu erstellen, in dem der Therapeut den Kranken zu einer Auseinandersetzung mit dem Schmerz und dem durch den Schmerz veränderten Körpererleben anregt und so unter Umständen eine Hilfs-Ich-Funktion einnehmen kann. In dieser Begegnung mit dem Therapeuten drückt der Patient den Grad der Bewältigung des Schmerzes aus, er zeigt, wie er sich mit dem eigenen Körper auseinandersetzt, er erhält weitere Bewältigungsmöglichkeiten. Ein ausgearbeitetes Konzept für ein psychotherapeutisches Vorgehen bei der Behandlung Schmerzkranker kann diese Arbeit nicht sein, der Gedanke an eine mögliche Therapie ist jedoch die vorrangige Motivation für meine Arbeit.

Beispiele von Schmerzdarstellungen aus Kunst und Literatur

Daß der Schmerz nicht nur ein medizinisch-technisches Problem ist, sondern eben Fragen nach dem Sinn des Lebens aufwirft, macht verständlich, daß Philosophen und Künstler sich häufig damit auseinandersetzen. Darstellungen von Menschen, die Schmerzen erdulden müssen, sind in Bildhauerei und Malerei oft zu finden. Die Plastik von Pierre Jean David D'Angers "Schmerz" gewann den Preis der Schönen Künste für ein "ausdrucksvolles Gesicht" (SCHADEWALDT, 1974) (siehe dazu das der Arbeit vorangestellte Bild).

SCHOPENHAUER (1977), der sich sehr eingehend mit dem Schmerzproblem beschäftigt hat, schreibt: "Jeder wahre, echte, unmittelbare Akt des Willens ist sofort und unmittelbar auch erscheinender Akt des Leibes, und diesem entsprechend ist andererseits jede Einwirkung auf den Leib sofort und unmittelbar auch Einwirkung auf den Willen; sie heißt als solche Schmerz, wenn sie dem Willen zuwider; Wohlbehagen, Wollust, wenn sie ihm gemäß ist."

In der Literatur sind Schmerzbeschreibungen immer wieder zu finden. Eine eindrucksvolle Schilderung aus Philoktet steht auf der ersten Seite dieser Arbeit. Auch in dem Stück "Die Trachinierinnen" von SOPHOKLES (1968) sind sehr bildliche Schmerzbeschreibungen zu finden:

> "- nagend scharfer Schmerz
> Durchzuckte sein Gebein - wie einer mörderischen
> Gischenden Natter Gift fraß es am Leben ihm"

An einer anderen Stelle:

> "Da zuckt der glühende Schmerz von neuem auf, durchbohrt
> Mir die Seiten - abermals hebt nun das Ringen an,
> Rastlos mit dieser allverzehrenden wilden Qual."

In der neueren Literatur ist es vor allem Thomas MANN, der sich in seinen Werken immer wieder mit Krankheit und Schmerz auseinandersetzt (ANDREE, 1964). Er beschreibt im "Doktor

Faustus" erschütternd das Leiden des Nepomuk Schneidewein: "Nepomuk hatte ein jähes, eruptionsartiges Erbrechen gehabt, und zugleich mit Fieber von allerdings nur mittleren Graden hatten Kopfschmerzen eingesetzt, die sich binnen wenigen Stunden ins offenbar Unerträgliche steigerten. Das Kind war, als der Doktor kam, schon zu Bett gebracht worden, hielt sich das Köpfchen mit beiden Händen und stieß Schreie aus, die sich oft, eine Marter für jeden, der es hörte - und man hörte es durch das ganze Haus -, bis zum letzten Rest des Atems verlängerten. Dazwischen steckte es die Händchen nach denen aus, die es umgaben, und rief: 'Helft! Helft! O Hauptwehe! Hauptwehe!' Dann riß ein neues wildes Erbrechen es auf, von dem es unter Zuckungen zurücksank." (MANN, 1952) Eine Seite weiter schreibt er von "schädelsprengenden Schmerzen".
Im "Zauberberg" läßt Thomas MANN Herrn Ferge seine Empfindungen beim Anlegen eines Pneumothorax beschreiben: "Ohne Narkose, meine Herren.... Aber das Örtliche reicht nicht tief, meine Herren, nur das äußere Fleisch macht es stumpf, man spürt, wenn man aufgemacht wird, allerdings nur ein Drücken und Quetschen.... Es ist so, als ob ich gedrückt und gequetscht würde, das ist das Fleisch, das geöffnet und mit Klammern zurückgezwängt wird... fängt er an mit einem stumpfen Instrument - es muß stumpf sein, damit es nicht vorzeitig durchsticht - das Rippenfell abzutasten... und wie er das tut, wie er mit dem Instrument auf meinem Rippenfell herumfährt, - meine Herren, meine Herren! da war es um mich geschehen, es war aus mit mir, es ging mir ganz unbeschreiblich.... Meine Herren, da wurde mir übel. Entsetzlich, meine Herren, - nie hätte ich gedacht, daß so ein siebenmal scheußliches und hundsföttisch gemeines Gefühl auf Erden und abgesehen von der Hölle überhaupt vorkomme! Ich fiel in Ohnmacht, - in drei Ohnmachten auf einmal, eine grüne, eine braune und eine violette. Außerdem stank es in dieser Ohnmacht, der Pleurachoc warf sich mir auf den Geruchsinn, meine Herren, es roch über alle Maßen nach Schwefelwasserstoff, wie es in der Hölle riechen muß, und bei alledem hörte ich mich lachen, während ich abschnapp-

te, aber nicht wie ein Mensch lacht, sondern das war die unanständigste und ekelhafteste Lache, die ich in meinem Leben je gehört habe." (MANN, 1952)
Heinrich BÖLL beschreibt in "Ansichten eines Clowns" die Kopfschmerzen von Hans Schnier, die er unmittelbar in Verbindung mit dessen psychischem Zustand setzt. ".... die Kopfschmerzen so heftig, daß sie fast überirdisch wurden, ein dauernder bohrender Schmerz, in meiner Seele war's schwärzer denn je, dann das 'fleischliche Verlangen' und Marie in Rom." (BÖLL, 1975)

Zuletzt noch ein Gedicht von Niklas STILLER (1978), in dem ein verändertes Körpergefühl, das noch nicht Schmerz ist, beschrieben wird. (Diese Thematik wird weiter unten eingehend behandelt.)

Krankheitsbild

Die Welt kann einfach in mich hinein
und durch mich durch
so als gäb es mich kaum
oder nur meinen Kopf
so als wär unterhalb
dieses Kopfs
alles durchlässig, keine Grenze da,
ich hab mich aufgelöst
und bin irgendwie zerflossen
und auch mein Kopf
das ist
kein richtiger Schmerz
aber ein Gefühl
das ich nicht ertragen kann
wie ein Schmerz
in meinem Kopf
und meinem durchlässigen Körper
das ist unsagbar
unangenehm.

b) Literaturhinweise

Es findet sich in der Literatur sehr wenig über Schmerzbeschreibungen. Die folgenden Artikel wurden bereits im vorhergehenden Abschnitt erwähnt.

Eine Untersuchung von MELZACK und TORGERSON (1971) zielte darauf ab, verschiedene Schmerzqualitäten sprachlich zu fassen, in Gruppen einzuteilen und zu sehen, ob diese Qualitäten ein unterschiedliches allgemeingültiges Maß an Stärke beinhalten. Eine Liste mit 102 schmerzbeschreibenden Adjektiven wurde aufgestellt und in drei Haupt- und 13 Nebengruppen unterteilt. Die Validität der Einteilung wurde durch zwei Tests mit je 20 Personen festgestellt. Die folgende Aufstellung zeigt die Einteilung der Adjektive. Die Prozentangabe in Klammern gibt an, wie groß die Übereinstimmung war, mit der die Testpersonen die Zuteilung der Adjektive zu den Gruppen für richtig hielten. Zu beachten ist vor allem die Unterscheidung zwischen sensorischen und affektiven Qualitäten.

R e s u l t s

The major classes and subclasses of words, with the percentage agreement next to each word, are:

S e n s o r y

Temporal: Beating (90%); flickering (70%); pounding (100%); pulsing (100%); quivering (70%); throbbing (100%); thumping (95%).
Spatial: Darting (85%); flashing (75%); jumping (65%); radiating (85%); shooting (90%); spreading (85%).
Punctate Pressure: Boring (70%); drilling (75%); lancinating (75%); penetrating (85%); piercing (100%); pricking (75%); stabbing (100%).
Incisive Pressure: Cutting (95%); lacerating (65%); sharp (80%); tearing (55%).
Constrictive Pressure: Binding (85%); biting (65%); cramping (100%); crushing (95%); gnawing (65%); gripping (85%); nipping (70%); pinching (80%); pressing (95%); squeezing (95%); taut (50%); tight (65%).
Traction Pressure: Grinding (30%); pulling (90%); tugging (90%); wrenching (85%).
Thermal: Burning (100%); hot (80%); scalding (90%); scaring (80%).
Brightness: Itchy (55%); rasping (55%); smarting (90%); stinging (85%); tickling (80%); tingling (90%).
Dullness: Aching (95%); blinding (25%); blurred (95%); drawing (65%); dull (95%); heavy (80%); hurting (65%); numbing (95%); sore (75%); splitting (20%); steady (75%); tender (60%).

A f f e c t i v e

Tension: Dragging (90%); exhausting (90%); fatiguing (100%); nagging (70%); tiring (100%).
Autonomic: Choking (85%); nauseating (95%); sickening (95%); suffocating (90%); wretched (40%).

Fear: Awful (30%); dreadful (75%); fearful (85%); frightful (95%); terrifying (95%).
Punishment: Cruel (65%); gruelling (95%); killing (95%); punishing (85%); racking (85%); torturing (95%); vicious (85%); wicked (60%).

Evaluative

Agonizing (90%); annoying (95%); bearable (85%); discomforting (80%); distracting (80%); distressing (85%); excruciating (75%); horrible (95%); intense (85%); intolerable (95%); mild (90%); miserable (90%); savage (70%); troublesome (90%); ugly (65%); unbearable (90%); violent (75%).

entnommen aus MELZACK u. TORGERSON (1971)

Als nächstes wurde untersucht, ob diese Schmerzadjektive eine bestimmte Schmerzintensität beinhalten. Es zeigte sich, daß viele Adjektive von Patienten, Studenten und Ärzten auf einer allgemeinen Intensitätsskala gleich oder nahezu gleich angeordnet wurden. Betont wurde besonders, daß dieser hohe Grad an Übereinstimmung sowohl bei der Zuordnung der Adjektive zu bestimmten Gruppen als auch bei der Einteilung nach der damit ausgedrückten Schmerzintensität bei Testpersonen mit unterschiedlicher Bildung und verschiedenstem sozioökonomischen wie sprachlichem Hintergrund gefunden wurde.

Das Ziel einer Untersuchung von DUBUISSON u. MELZACK (1976) war zu zeigen, daß Patienten mit einem bestimmten Schmerzsyndrom gewisse Gruppen von Adjektiven als für ihren Schmerz zutreffend bezeichneten und man sie mit genügender Genauigkeit daran von Patienten mit anderen Diagnosen unterscheiden konnte.

DUBUISSON u. MELZACK legten 95 Patienten, die an einem von acht vorher diagnostizierten Schmerzsyndromen litten (Menstruationsbeschwerden, rheumatoide und athritoide Beschwerden, Geburtsschmerzen, degenerative Bandscheibenerkrankung, Zahnschmerz, metastasierendes Karzinom, Phantomschmerz, postherpetische Neuralgie) das McGill Pain Questionnaire vor (MELZACK, 1975). Die Patienten bezeichneten die für ihren Schmerz zutreffenden Adjektive. Die statistische Auswertung zeigte, daß die Beschreibungen von 77 % der Patienten denen der eigenen Diagno-

segruppe mehr glichen als den anderen und so richtig zugeordnet werden konnten.

MELZACK und DUBUISSON schlossen daraus, daß verschiedene Schmerzarten unterschiedlich beschrieben werden und daß Patienten mit den gleichen Schmerzsyndromen ihre Empfindungen mit ähnlichen Worten ausdrücken.

Anschließend wurden 43 Patienten untersucht, bei denen mit dem McGill Pain Questionnaire außer der Schmerzbeschreibung noch Informationen über Geschlecht, Alter, Lokalisation des Schmerzes und Schmerzmittel gewonnen wurden. Sie konnten anhand dieser Angaben zu 100 % der richtigen Diagnosegruppe zugeteilt werden. Besonders betont wird, daß schon allein aufgrund der Schmerzbeschreibung 77 % der Patienten der richtigen Diagnosegruppe zugeteilt wurden.

BAILEY und DAVIDSON (1976) legten zwei Gruppen von 93 bzw. 90 Personen ein Inventar von 39 Schmerzadjektiven vor. Die Eigenschaftswörter sollten nach der Schmerzstärke, die sie ausdrükken, einer in fünf Stärkegrade unterteilten Skala zugeordnet werden. Die gegenseitigen Beziehungen der Adjektive wurden korrelations- und faktorenanalytisch untersucht.

Als wichtigstes Ergebnis stellte sich heraus, daß die Schmerzintensität mit dem affektiv-bewertenden Faktor verbunden ist. BAILEY und DAVIDSON folgern daraus, daß zwischen der Art der Schmerzstärke und der Art der Schmerzbeschreibung ein interessanter Zusammenhang besteht, und daß bei einem Patienten, der in seiner Schmerzbeschreibung von den affektiv-bewertenden zu den sensorischen Adjektiven übergeht, die Schmerzintensität gemildert wird. Dies wäre eine Möglichkeit der Schmerzbekämpfung, die auch der Hypnose und Suggestion zugrunde liegen soll. Das Übergehen von affektiv-bewertenden zu sensorischen Adjektiven entspricht in meiner Arbeit dem weiter unten erwähnten Abrücken des Schmerzes aus der Ich-Nähe zur größeren Ich-Ferne.

Ziel und Vorgehen meiner Arbeit unterscheiden sich wesentlich von den drei besprochenen Arbeiten, die zeigen sollten, daß Schmerzadjektive in bestimmten Gruppen zusammengefaßt werden können, ein allgemeingültiges Maß an Intensität ausdrücken und die Beschreibung mit diesen Adjektiven zur Diagnostik geeignet ist.

Die Zielgruppe meiner Untersuchung waren Patienten mit chronischen Schmerzzuständen, die aufgefordert wurden, mit eigenen Worten ihr Schmerzerleben zu schildern. Die individuelle Beschreibung ist der Gegenstand dieser Untersuchung. Zur Auswertung kommt nicht nur die adjektivische Beschreibung, vielmehr spielt für die Interpretation der Schilderungen der Sprachkontext und der kommunikative Eindruck eine große Rolle. Daher mußte auch auf statistische Auswertung verzichtet werden. Aus der zitierten Literatur ist für diese Arbeit der Hinweis von BAILEY und DAVIDSON besonders wichtig, daß eine Schmerzbewältigung über die Sprache angenommen wird, wenn der Patient von affektiv-bewertenden zu sensorischen Adjektiven übergeht. Hier könnte ein Ansatzpunkt für eine Psychotherapie zu finden sein.

c) Zusammenfassung

Die Erlebnisseite des Schmerzes ist ein Problem, das von der klinischen Medizin wenig beachtet wird. Während in den alten Kulturen Schmerz als eine Erfahrung des Bösen unvermeidlicher Teil des Lebens war, ist er mit der Entwicklung eines pathologisch-anatomischen Krankheitsbegriffes zu einem Warnsignal geworden. Wenn er diese Funktion nicht erfüllt, ist er überflüssig, unbegreifbar und noch unerträglicher.

Heute steht die Physiologie der Schmerzempfindung im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. Wesentliche Erkenntnisse für die Schmerzbekämpfung konnten daraus in letzter Zeit gewonnen werden. Aber auch Physiologen weisen auf psychische

Aspekte hin und beschreiben den Schmerz als zunächst subjektives Phänomen, als Bewußtseinserscheinung.

In der klinischen Medizin wird der Schmerzschilderung als Zugang zur Person des Kranken wenig Wert beigemessen. Die Schmerzbeschreibung soll im wesentlichen die Diagnosestellung erleichtern. Beispiele aus der älteren Fachliteratur zeigen, daß auch damals die Schilderung des Schmerzes als Diagnostikum diente.

In meiner Arbeit sollen Schmerzbeschreibungen phänomenologisch untersucht werden. Ich versuche zu verstehen, wie Schmerzen erlebt werden, und was es für den Betroffenen bedeutet, chronische Schmerzen ertragen zu müssen.

Die Schmerzbeschreibung liefert einen guten Einstieg in ein Gespräch und so die Möglichkeit, einen Kommunikationsrahmen zu erstellen, in dem an einer Bewältigung des Schmerzes gearbeitet werden kann.

Philosophen und Künstler setzen sich häufig mit dem Schmerzproblem auseinander. Einige erschütternde Schmerzbeschreibungen aus der Literatur sind oben angeführt.

In der medizinischen Literatur findet sich sehr wenig über Schmerzbeschreibungen. Die Arbeiten von MELZACK und TORGERSON (1971), MELZACK (1975), DUBUISSON und MELZACK (1976) und BAILEY und DAVIDSON (1976) zeigen, daß Schmerzadjektive in bestimmten Gruppen zusammengefaßt werden können, ein allgemeingültiges Maß an Intensität ausdrücken und die Beschreibung mit diesen Adjektiven zur Diagnostik geeignet ist. Interessant ist, daß BAILEY und DAVIDSON eine Schmerzbewältigung über die Sprache annehmen, wenn der Patient von affektiv-bewertenden zu sensorischen Adjektiven übergeht.

Der Gegenstand meiner Untersuchung ist die individuelle Schmerzschilderung. Zur Auswertung kommt nicht nur die adjektivische Beschreibung, vielmehr spielt für die Interpretation der Schilderungen der Sprachkontext und der kommunikative Eindruck eine große Rolle.

B. METHODIK

a) Auswahl der Patienten

Befragt wurden 136 Patienten mit chronischen Schmerzzuständen. Es sind 80 Frauen und 56 Männer: das Durchschnittsalter beträgt 49 Jahre, der älteste Patient ist 80 Jahre alt, der jüngste 17 Jahre.

Das Patientengut setzt sich zusammen aus 91 Patienten der neurologischen Klinik und Poliklinik (Direktor Prof. Dr. H.G. Mertens), die mit der freundlichen Unterstützung von Frau Prof. Dr. M. Lurati befragt werden konnten, aus 35 Patienten der Medizinischen Poliklinik (Direktor Prof. Dr. H. Franke), die mit der besonderen Unterstützung von Herrn Prof. Dr. H.J. Pusch exploriert wurden, und aus 10 Patienten der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Direktor Prof. Dr. H. Röckl), der Medizinischen Klinik (damaliger Direktor Prof. Dr. H. Kühn) und der Orthopädischen Klinik (Direktor Prof. Dr. A. Rütt), alle an der Universität Würzburg.

Ich möchte an dieser Stelle Herrn Prof. Dr. H.G. Mertens, Herrn Prof. Dr. H. Franke, Herrn Prof. Dr. H. Röckl, Herrn Prof. Dr. H. Kühn und Herrn Prof. Dr. A. Rütt danken dafür, daß sie mir die Möglichkeit gaben, an ihren Kliniken Gespräche mit Patienten zu führen. Besonders danke ich Herrn Prof. Dr. H.J. Pusch und Frau Prof. Dr. M. Lurati für ihre stets hilfreiche Unterstützung.

Die Auswahl der Patienten erfolgte nicht nach der Diagnosestellung, sondern nach dem Kriterium des chronischen Schmerzzustandes. Dieser besitzt psychotherapeutische Relevanz, da eine ständige medikamentöse Schmerzunterdrückung meist nicht möglich ist, auch wegen der Gefahr der Medikamentenabhängigkeit, und weil die Patienten lernen müssen, mit ihrem Schmerz zu leben. Bewußt ausgeklammert wurden Patienten, die an Krankheiten leiden, welche mit Wesensänderungen einhergehen; ferner solche mit Krankheiten, die rasch zum Tode führen und die des-

halb starke Medikamente wie Opiate erhalten. Denn auch hier entfällt ja das wichtige Moment der bewußten Auseinandersetzung mit einem womöglich noch jahrelang andauernden Schmerz. Kinder wurden ebenfalls nicht berücksichtigt. Die faszinierende Frage, wie Kinder dem Schmerzerleben gegenüberstehen und ab welchem Alter eine Beschreibung und Lokalisation möglich ist, könnte Inhalt einer Nachfolgearbeit sein. In der Literatur habe ich zu diesem Themenkreis nichts gefunden.

b) Der Fragebogen als Gesprächsleitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen sowie Alternativfragen

Zu Beginn der Arbeit mit den Patienten wurde die Erstellung eines Fragebogens nicht in Betracht gezogen. Das Gespräch sollte, entsprechend der Konzeption, möglichst offen sein, um dem Kranken die Möglichkeit zu geben, sein Schmerzerlebnis sowie alles, was ihm im Zusammenhang damit als wichtig erschien, mit eigenen Worten zu schildern und selbst Akzente zu setzen. Nachdem ich mit 30 Patienten in dieser Weise gesprochen hatte, entschloß ich mich, einen Gesprächsbogen zu entwerfen, um eine möglichst große Vergleichbarkeit der Aussagen zu erreichen. Auch stellte sich das Mitschreiben während des Gespräches als Nachteil heraus, es hemmte den Patienten in seiner Gesprächsbereitschaft. Mit dem Gesprächsbogen blieb mir gleichzeitig mehr Raum für die Beobachtung des Patienten. So konnte ich auch nonverbale Äußerungen des Kranken, der sein Schmerzerlebnis durch Mimik und Gestik zum Ausdruck bringt, wo Sprache nicht mehr ausreicht den Schmerz zu beschreiben, erfassen.

Der Fragebogen (siehe Anhang) stellt zum überwiegenden Teil einen Gesprächsleitfaden mit offenen und geschlossenen Fragen dar (KÖNIG, 1974). Daneben enthält er Alternativfragen, die dem Patienten zur Beantwortung vorgelegt wurden. Die Erfahrung, die in den Gesprächen mit den 30 explorierten Patienten gewonnen war, führte zur Anordnung der Fragestellungen.

Sie gewährleistete den Gesprächsablauf, den die Patienten selbst geprägt hatten: die Unterredung nahm nicht die Form eines offensichtlich gelenkten und künstlich wirkenden Interviews an. Einige der aufgenommenen Fragen sollen näher erläutert werden.

Die Frage nach der Lateralität zielte darauf ab, mögliche Unterschiede in der Schmerzbeschreibung und Erlebnisstärke bei Patienten mit verschiedener Händigkeit zu erfassen. Den Hintergrund dazu bildet ein Artikel, nach dem die äußerste, noch tolerierte Schmerzgrenze eines experimentell gesetzten Schmerzreizes auf der dominanten Seite höher liegt als auf der nicht dominanten (NEWTON, 1972).

Das Strichmännchen, in das die Patienten eigenhändig den Ort ihrer Schmerzempfindung einzeichneten, sollte zeigen, inwieweit der Kranke in der Lage ist, seinen Schmerz zu lokalisieren und abzugrenzen und ihn so zu abstrahieren, daß er ihn in einer vorgegebenen Figur eintragen kann. Es sollte auch die Beurteilung ermöglichen, ob der Bezug des Patienten zum Körperschema gestört ist. Daneben wollte ich sehen, wie der Patient an die ihm gestellte Aufgabe herangeht, wie er sich zeichnerisch ausdrückt und ob Unterschiede zwischen dem eingetragenen und dem sprachlich benannten Schmerzort bestehen.

Für die spontane Schmerzbeschreibung ist breiter Raum gelassen; hier wurde die Aussage des Patienten wortgetreu und unverfälscht niedergeschrieben. Die daran anschließenden Fragen nach Dynamik, Stärke, auslösenden Faktoren und psychischen, körperlichen und sensorischen Mitreaktionen sollen die Ausführungen des Patienten, wo nötig, ergänzen.

Um einen Eindruck von der Intensität des Schmerzerlebnisses zu erhalten, wählte ich die Frage nach der Nachtruhe, wobei darauf zu achten ist, daß speziell die Schlafstörungen durch den Schmerz erfaßt werden.

Näher erklären möchte ich, warum die Frage nach Schmerz und Traum in den Gesprächsbogen aufgenommen wurde. Beides sind psychophysische Phänomene, die durch die Sprache vermittelt werden; ich kann nicht den selben Schmerz wie der Patient empfinden und auch nicht die selben Traumbilder wie ein anderer sehen. Nur die in Sprache umgesetzten Empfindungen bzw. Bilder können vermittelt werden, und so wird der ursprüngliche Erlebnischarakter verändert. Ich gehe dabei von der These aus, daß sich die beiden Phänomene Schmerz und Traum gegenseitig ausschließen. Erstens ist die Schmerzwahrnehmung an das Bewußtsein gebunden, während der Traum in den Schlaf und damit in einen Zustand der Unbewußtheit fällt. Zweitens stellt der Schmerz eine Verbindung mit der äußeren Reizwelt dar, während der Traum den Schlaf und damit eine Abwendung von der Welt voraussetzt, also einen grundsätzlich anderen psychischen Zustand.

Da im Rahmen meiner Arbeit nicht näher auf diese Problematik eingegangen werden kann, soll an dieser Stelle nur erwähnt werden, daß tatsächlich keiner der befragten Patienten im Traum seinen Schmerz empfunden hat, auch wenn die Angst vor dem Schmerz und die mit ihm verbundenen körperlichen Symptome, wie etwa Lähmung, im Traum durchaus auftauchen. FREUD (Die Traumdeutung, 1942) schreibt, daß auch schmerzliches Material zur Traumbildung brauchbar ist, daß örtliche Schmerzen z.B. die Idee erlittener Mißhandlungen erzeugen. Zur Frage, ob der Schmerz als solcher im Traum empfunden werden kann, konnte ich keine Aussage bei FREUD finden.

Die biographischen Daten geben einen Einblick in den Lebenslauf des Patienten; die Fragen nach der Umweltreaktion auf den Schmerz des Kranken einschließlich möglicher Änderungen in der Partnerbeziehung, auch in sexueller Hinsicht, sowie nach den sozialen Veränderungen, die der Schmerz für den Patienten und seine Familie brachte, sollen dem Untersucher, empathisches Mitschwingen vorausgesetzt, die jeweils besondere Problematik des Kranken verstehen lassen und ihm die Mög-

lichkeit geben, die Bedeutung des Schmerzgeschehens zu erfassen, soweit das bei einem Gespräch möglich ist und vom Patienten zugelassen wird.

Der Bogen mit den persönlichen Fragen wurde von den Patienten selbst ausgefüllt, um einer Befremdung während der Befragung vorzubeugen. Es sollte damit Einblick in die Kommunikationssituation des Patienten gewonnen werden, wobei der Schwerpunkt auf den Fragen nach dem Gefühl des Verstandenwerdens und der Vereinsamung des Patienten, auch soweit sie von ihm selbst durch Mißtrauen und Unwertgefühle mit verursacht wird, liegt.

Die Liste vorgegebener Schmerzadjektive habe ich den Aussagen der ersten 30 Patienten, ferner auch dem Buch von SAUERBRUCH-WENKE (1961) "Wesen und Bedeutung des Schmerzes" entnommen. Sie sollte zu einem Vergleich mit der spontanen Schilderung herangezogen werden. Daneben wollte ich erfahren, ob es den Patienten leichter erscheint, eine so persönliche Erfahrung wie den Schmerz mit eigenen Worten zu schildern und so das Einzigartige ihres Schmerzerlebnisses zum Ausdruck bringen zu können, oder aus vorgegebenen Adjektiven die zutreffenden auszuwählen, auch wenn dadurch die eigene Färbung verlorengeht und eine Verallgemeinerung und gleichzeitig eine Einschränkung stattfindet. Eine Vollständigkeit der gewählten Adjetive wurde nicht angestrebt, da keine Diagnosestellung über die Schmerzbeschreibung erreicht werden sollte.

Die Fragen über die Schmerzstärke wurden gewählt, um die Selbsteinschätzung des Patienten beurteilen zu können und um durch das Schema eine größere Abstufbarkeit und Vergleichbarkeit zu erhalten, als es durch Worte möglich gewesen wäre. Die Skala wurde in Anlehnung an HUSKISSON (1974) und SCOTT (1976) entworfen.

Der frei entworfene Beobachtungsbogen wurde mit der Vorstellung erstellt, alle Patienten nach den gleichen Gesichtspunkten zu charakterisieren. Er sollte, wie der gesamte Fragebogen, eine möglichst große Vergleichbarkeit der Daten gewährleisten.

Mit der Beurteilung des Patienten wurde auch meine eigene Reaktion ihm gegenüber festgehalten.

Das Stimmungsprofil, das die Patienten selbst ausfüllten, sollte den Eindruck, den ich während des Gesprächs gewonnen hatte, überprüfen.

Auf viele der Daten, die bei dem durch den Fragebogen strukturierten Gespräch erhoben wurden, werde ich im folgenden nicht eingehen. Es sind Gesichtspunkte, die durchaus für eine genauere Bearbeitung interessant wären, die aber nicht unmittelbar die Fragestellung der Arbeit betreffen. Eine genaue Ausarbeitung aller erhobenen Daten wäre auch im Rahmen dieser Arbeit zu umfangreich.

c) Das Gespräch mit den Patienten, das Begegnungscharakter haben sollte

Mein Gespräch mit den Schmerzkranken unterschied sich in Ziel, Inhalt und Ablauf von den Gesprächen, die in der heutigen Medizin gebräuchlich sind. Weder eine Diagnosestellung noch eine Exploration in psychoanalytischer bzw. psychiatrischer Hinsicht waren gefordert. Der Sinn meiner Unterredung war es, Schmerzschilderungen und Eindrücke von verschiedenen Patienten zu sammeln. Da ich nicht unter Zeitdruck stand, ein Gespräch dauerte durchschnittlich 50 Minuten, konnte ich die Patienten zunächst frei reden lassen und lenkte sie nur, wenn sie zu weit vom Thema abwichen. Sie sollten einen Freiraum erhalten, in dem sie selbst bestimmen konnten, was sie mir erzählen, und wie weit sie sich im Gespräch öffnen wollten. Bei dieser nondirektiven Gesprächsführung hielt ich mich daher auch nicht streng an die Gliederung des Fragebogens.

Der Schmerz des Patienten stand dabei natürlich im Mittelpunkt der Unterredung, und zwar nicht vor dem Hintergrund, eine Diagnosestellung zu erleichtern, sondern als Selbstzweck. Die Pa-

tienten, die fast alle sehr froh über diese für sie ungewohnte eingehende Beschäftigung mit ihrem Schmerz und über die Möglichkeit offen zu reden waren, zeigten größtenteils Vertrauen und sprachen von den Problemen, die der Schmerz und die Krankheit mit sich brachten. Wichtig erschien mir bei diesem Gespräch, den Patienten das Gefühl angehört zu werden zu vermitteln. Ich wollte ihnen zeigen, daß ihre Aussagen in jedem Falle wichtig waren. Durch ein empathisches Mitschwingen meinerseits wollte ich dem Gespräch einen Begegnungscharakter verleihen und in den Passagen, die nicht wörtlich festgehalten wurden, den Patienten im Sinne der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, wie FREUD (Werke aus den Jahren 1909-1913, 1943; Psychoanalyse und "Libidotheorie", 1940) sie beschreibt, begegnen. Durch diese freie und offene Art des Gespräches schien es mir am ehesten möglich, die psychosoziale und individuelle Bedeutung des Schmerzes für die Patienten zu erfassen und bereits gewisse kommunikative und für Schmerzbewältigung zuträgliche Aspekte in die Begegnung einzubringen.

d) Zusammenfassung

Ich befragte 136 Patienten mit chronischen Schmerzzuständen. Der chronische Schmerzzustand besitzt m.E. psychotherapeutische Relevanz, da eine ständige medikamentöse Schmerzunterdrückung meist nicht möglich ist, auch wegen der Gefahr der Medikamentenabhängigkeit, und weil die Patienten lernen müssen, mit ihrem Schmerz zu leben.

Anhand der Erfahrungen beim Gespräch mit den ersten 30 Patienten erstellte ich einen Fragebogen mit offenen, geschlossenen und Alternativfragen, den ich als Gesprächsleitfaden benutzte. Die spontane Schmerzbeschreibung des Kranken stand dabei im Mittelpunkt meines Interesses. Der Patient sollte einen möglichst großen Freiraum erhalten, um sein individuelles Schmerzerleben auszudrücken. Durch ein empathisches Mitschwingen mei-

nerseits wollte ich dem Gespräch einen Begegnungscharakter verleihen und in den Passagen, die nicht wörtlich festgehalten wurden, den Patienten im Sinne der gleichschwebenden Aufmerksamkeit begegnen.

C. ERGEBNISSE

a) Epidemiologische Daten

Auf die epidemiologischen Daten wird nur kurz eingegangen, da sie wegen der Fülle des Materials nicht in Verbindung mit den Schmerzaussagen, die ja das eigentliche Thema dieser Arbeit darstellen, gesetzt werden. Es geht in diesem Abschnitt darum, dem Leser einen Eindruck von der Zusammensetzung der Patientenstichprobe zu vermitteln und einige interpretative Gedanken aufzuzeigen.

Alters- und Geschlechtsverteilung

Von den 136 befragten Patienten sind 58,8 % (= 80 Pat.) Frauen und 41,2 % (= 56 Pat.) Männer. Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt 1,4 zu 1.

Der Altersmittelwert liegt bei 49 Jahren bei einer Standardabweichung von 14,8 Jahren. Der jüngste Patient ist 17 Jahre, der älteste 80 Jahre alt. Fast 30 % der Patienten sind zwischen 51 und 60 Jahre alt. In den Altersgruppen 41 - 50 Jahre und 71 - 80 Jahre sind etwa ebenso viele Männer wie Frauen vertreten, in den anderen Altersgruppen überwiegen die Frauen.

Tabelle 1: Die Altersverteilung der gesamten Patientenstichprobe in %, getrennt nach Männern und Frauen

Alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamtpopulation
11 - 20	0,7	2,2	2,9
21 - 30	2,2	6,6	8,8
31 - 40	6,6	9,6	16,2
41 - 50	11	10,3	21,3
51 - 60	12,6	16,9	29,5
61 - 70	3	8,1	11,1
71 - 80	5,1	5,1	10,2
insgesamt	41,2	58,8	100

Auffällig ist, daß 50,8 % der Befragten im Alter zwischen 41 und 60 Jahren sind. Dieses Ergebnis weicht stark ab von dem, das Marion LURATI (1977) bei einer Untersuchung von Kopfschmerzpatienten der Neurologischen Poliklinik der Universität Würzburg erzielte, wo 39 % der Frauen und 24 % der Männer, also insgesamt 63 % aller Patienten, im Alter zwischen 20 und 40 Jahren sind.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwei weitere Tabellen: (s. Tab. 2 und 3)

Tabelle 2: Die Altersverteilung der unter Kopf- und Gesichtsschmerzen leidenden Patienten in %, getrennt nach Männern und Frauen

Alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamtzahl
11 - 20	-	2,9	2,9
21 - 30	5,9	14,7	20,6
31 - 40	5,9	11,8	17,7
41 - 50	2,9	14,7	17,6
51 - 60	5,9	14,7	20,6
61 - 70	-	14,7	14,7
71 - 80	2,9	2,9	5,8
insgesamt	23,5	76,4	99,9

Die Verteilung der Kopf- bzw. Gesichtsschmerzpatienten unterscheidet sich in einigen Punkten wesentlich von der der nicht unter Kopf- bzw. Gesichtsschmerzen leidenden Patienten.

Auffällig ist die Altersverteilung. Während 20,6 % der Kranken mit Kopfschmerzen zwischen 21 und 30 Jahre alt sind, sind es bei den anderen Patienten in dieser Altersgruppe nur 4,9 %. Auch die Untersuchung von LURATI zeigt das häufige Vorkommen von Kopfschmerzen in jüngeren Jahren. Im Alter von 41 - 60 Jahren sind bei meiner Untersuchung 38,2 % der Kopfschmerzpatienten; deutlich höher, bei 54,8 %, liegt in diesem Alter die Zahl

der nicht an Kopfschmerzen leidenden Patienten. Dieser Unterschied dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, daß in meiner Untersuchung viele Kranke, etwa 30 %, mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule befragt wurden und diese Verschleißkrankheiten mit zunehmendem Alter häufiger werden. Die Frage, ob im Alter zwischen 40 und 60 Jahren womöglich leicht eine Dekompensation eintritt und schon länger bestehende pathologische Veränderungen jetzt sich als schmerzhaft äußern, muß allerdings gestellt werden.

Tabelle 3: Die Altersverteilung der nicht an Kopf- und Gesichtsschmerzen leidenden Patienten in %, getrennt nach Männern und Frauen

Alter in Jahren	Männer	Frauen	Gesamtzahl
11 - 20	1	2	3
21 - 30	1	3,9	4,9
31 - 40	6,9	8,8	15,7
41 - 50	13,7	8,8	22,5
51 - 60	14,7	17,6	32,3
61 - 70	3,9	5,9	9,8
71 - 80	5,9	5,9	11,8
insgesamt	47,1	52,9	100

Ich möchte, bevor ich auf diese Problematik eingehe, noch zwei weitere Auffälligkeiten betonen. Während bei den Kopfschmerzpatienten 76,4 % Frauen und 23,5 % Männer sind, bei einer Gesamtstichprobe von 58,5 % Frauen und 41,2 % Männern, sind es bei den unter anderen Schmerzzuständen leidenden Patienten 52,9 % Frauen und 47,1 % Männer. Am auffälligsten ist die Geschlechtsverteilung in der Altersgruppe von 41 - 50 Jahren.

Tabelle 4: Die Geschlechtsverteilung der Patienten im Alter von 41 - 50 Jahren in %, getrennt nach Patienten mit Kopf- bzw. Gesichtsschmerzen und Patienten mit anderen Schmerzzuständen (bezogen auf die Gesamtstichprobe)

	Frauen	Männer
Kopfschmerzpatienten	14,7	2,9
nicht unter Kopfschmerzen leidende Patienten	8,8	13,7

Diese Auffälligkeit in der Alters- und Geschlechtsverteilung könnte u.a. dadurch erklärt werden, daß Frauen womöglich bei einer psychosomatischen Dekompensation eher mit Kopfschmerzen reagieren, Männer dagegen mit Beschwerden von seiten der Wirbelsäule und des Magen-Darm-Traktes. Kopfschmerzen treten bei Frauen bereits auf in jüngeren Jahren in einer Zeit, in der der Konflikt Familie - Arbeitsplatz besonders ausgeprägt ist. Einige junge Frauen äußerten offen, vor allem beim Gespräch über die häusliche Belastung und die sexuellen Beziehungen zum Partner: "Die Kopfschmerzen kamen mir eigentlich manchmal ganz recht."

Diese Reaktion ist auch damit zu erklären, daß Kopfschmerzen einen hohen Stellenwert in der Krankheitswertigkeit einnehmen (HAUSMANN, 1970). Auch später, vor allem im Klimakterium, reagieren Frauen oft auf Streß, Anspannung, Belastung jeder Art mit Kopfschmerzen.

Sehr auffällig ist bei meiner Arbeit der relativ hohe Prozentsatz an Männern im Alter zwischen 41 und 60 Jahren. Es dürfte dies ein Alter sein, in dem die Belastung des Mannes besonders groß ist, in dem die Frage auftaucht, was man mit seinem Leben noch anfangen kann, vor allem wenn die beruflichen Ziele nicht erreicht wurden. Die Flucht in die Krankheit ist hier vorstellbar. Es darf darüber natürlich nicht vergessen werden, daß viele Verschleißkrankheiten durch lange schwere körperliche Arbeit hervorgerufen werden und sich in diesem Alter zu manifestieren beginnen.

Stadt - Land - Verteilung

Von den befragten Patienten wohnen 63,2 % in Orten bis zu 5 000 Einwohnern. 15,5 % leben in Orten mit über 100 000 Einwohnern. Dies entspricht im wesentlichen der Verteilung, die bei einer Befragung von Kopfschmerzpatienten (LURATI, 1977) und von Syringomyeliepatienten (HERTEL, 1974) der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg gefunden wurde. Diese Verteilung dürfte demnach nicht krankheitsspezifisch sein, sondern mit der Infrastruktur des Würzburger Raumes zusammenhängen.

Tabelle 5: Stadt - Land - Verteilung der gesamten Patientenstichprobe in %

Einwohnerzahl			Verteilung der Gesamtpopulation
	-	2 000	41,9
2 001	-	5 000	21,3
5 001	-	10 000	4,4
10 001	-	50 000	12,5
50 001	-	100 000	4,4
über		100 000	15,5

Berufsverteilung

Am häufigsten sind Hausfrauen bzw. mithelfende Familienangehörige mit 26,5 % vertreten, gefolgt von Beamten und Angestellten (21,3 %), Facharbeitern (17,6 %) und Rentnern bzw. Pensionären (13,2 %). Die Untersuchung von Kopfschmerzpatienten (LURATI, 1977) ergab eine in etwa gleiche Berufsverteilung. Lediglich die Zahl der Facharbeiter mit 35 % und die der Schüler, Lehrlinge und Studenten mit 8 % lag wesentlich höher, während bei meiner Untersuchung die Zahl der Rentner und Pensionäre mit 13,2 % (bei Kopfschmerzpatienten der Untersuchung von LURATI 1 %) stark überwiegt. Letzteres kann

bei der Häufigkeit der Verschleißkrankheiten (siehe auch Punkt "Schmerzsyndrome") nicht verwundern.

Tabelle 6: Berufsverteilung der gesamten Patientenstichprobe in %

Freie Berufe	0,0
Höhere Beamte, leitende Angestellte	3,0
Beamte, Angestellte	21,3
Selbständige Gewerbetreibende, Landwirte	5,2
Facharbeiter	17,6
Arbeiter	11,0
Hausfrauen, mithelfende Familienangehörige	26,5
Schüler, Lehrlinge, Studenten	2,2
Rentner, Pensionäre	13,2
Ohne Beruf, keinen der genannten Berufe	0,0

Familienstand

Die Mehrzahl der befragten Patienten sind verheiratet (71,3 %), 13,2 % sind verwitwet, 12,6 % ledig. Unter den verwiteten Patienten sind 17 Frauen und 1 Mann. Abweichend von der Verteilung der Kopfschmerzpatienten (LURATI, 1977) ist die Zahl der Ledigen mit 12,6 % in meiner Untersuchung gegenüber 27 % und die Zahl der Verwitweten mit 13,2 % gegenüber 5 %. Letzteres dürfte mit dem höher liegenden Altersdurchschnitt begründet sein. (Siehe Tabelle 7)

In jeder der in Tabelle 7 aufgeführten Gruppen tauchen spezifische Konflikte auf, die bei Dekompensation die Manifestation von Schmerzen begünstigen können. Interessant wäre es auch zu untersuchen, ob Patienten, die meist alleine sind, ihre Schmerzen anders beschreiben als solche, die mit einem Partner oder in einer größeren Familie zusammenleben. Auf diese Fragestellung wird hier nicht eingegangen, sie könnte in einer Nachfolgearbeit erörtert werden.

Tabelle 7: Familienstand der Gesamtpopulation, der Männer und Frauen in %

Stand	Männer	Frauen	Gesamt
verheiratet	35,3	36,0	71,3
verwitwet	0,7	12,5	13,2
geschieden	0,0	2,9	2,9
getrennt lebend	0,0	0,0	0,0
ledig	5,2	7,4	12,6
insgesamt	41,2	58,8	100,0

Stellung in der Geschwisterreihe

Über die Hälfte der befragten Patienten (55,2 %) sind erste oder zweite Kinder von mehreren. 30,6 % sind jüngste Kinder: 6 % sind einzige Kinder.

Tabelle 8: Stellung in der Geschwisterreihe

Stellung in der Geschwisterreihe	Anzahl der Patienten in %	
Einzige Kinder	6	30,6
1. Kind von mehreren	24,6	
2. Kind	30,6	
3. Kind	14,2	
4. Kind	10,4	
5. Kind	3,0	
6. Kind	4,5	
7. Kind	3,0	
8. Kind und mehr	3,7	

LURATI (1977) fand, daß 67 % der Kopfschmerzpatienten erste oder zweite Kinder (35 oder 32 %) waren, in meiner Untersu-

chung sind es 61,2 % (einschließlich der Einzelkinder) (30,6 oder 30,6 %). Im wesentlichen entsprechen sich diese Zahlen.

Die Bedeutung, die der Stellung in der Geschwisterreihe für die Entwicklung des Kindes zukommt, wurde von Alfred ADLER (1947) beschrieben. Sicher spielt sie auch bei der Schmerzverarbeitung eine Rolle, vor allem da viele Konflikte darin begründet liegen. ADLER weist besonders auf den "Machtkampf" zwischen Erst- und Zweitgeborenem hin. Für den Erstgeborenen sei Macht etwas Selbstverständliches, etwas, das Gewicht habe und sich durchsetzen müsse. Für den Zweitgeborenen bestehe der Anreiz, daß jemand vor ihm sei, der sich geltend mache. Er stehe wie unter Dampf.

Die große Zahl an jüngsten Kindern, 30,6 % der befragten Patienten, ist bemerkenswert und interessant für die Frage nach dem Einfluß des Erziehungsstils auf das Schmerzerleben. Laut ADLER ist der Jüngste "für die Eltern ein besonderes Kind, er erfährt als Jüngster eine besondere Behandlung. Als Jüngster erscheint er gleichzeitig auch als der Kleinste, infolgedessen Bedürftigste zu einer Zeit, wo die anderen Geschwister schon selbständiger, fertig, erwachsen dastehen. Daher wächst er auch meist in einer wärmeren Atmosphäre auf als die andern." Der Jüngste erfährt also möglicherweise häufiger einen übermäßig schützend-behütenden (over-protection) Erziehungsstil, der Schmerzschwelle und Schmerztoleranz hochgradig erniedrigen soll (LURATI, 1977).

Schmerzsyndrome

Die befragten Patienten leiden vor allem an neurologischen, internen und orthopädischen Erkrankungen mit chronischen Schmerzzuständen.

Die folgende Tabelle wurde nach diagnostischen und lokalisatorischen Gesichtspunkten erstellt. Es ist zu beachten,

daß viele Patienten nicht nur an einem Schmerzsyndrom leiden und daher in der Tabelle nicht nur einmal aufgeführt sind, so daß mehr als 136 Patienten gezählt werden.

Tabelle 9: Schmerzsyndrome

Schmerzsyndrom	Anzahl der Patienten
Vertebragene Beschwerden mit radikulärer Beteiligung	23
Vertebragene Beschwerden ohne radikuläre Beteiligung	12
Vertebragene Beschwerden bei Tumor im Rückenmark	3
Kopfschmerzen	28
Gesichtsschmerzen (Neuralgie, Herpes zoster)	10
Beschwerden durch Nervenreizung bzw. -schädigung (Herpes zoster, Polyneuropathie, Polyradikulitis, Carpaltunnelsyndrom, OP, Metastase)	26
Herzbeschwerden	16
Abdominelle Beschwerden	10
Rheumatoide und arthritoide Schmerzzustände	15
Claudicatio intermittens	3
Phantomschmerzen	2
Polysklerose	3
Querschnitt (gefäßbedingt; nach Wirbelkörperfraktur)	2
Funikuläre Myelose	1
Knochenmetastasen	1
Pleuritis	1
Ungeklärte Schmerzzustände (fraglich immunologischer Prozeß, unklare Thorax-, Schulter-, Knieschmerzen)	4

In diese Schmerzsyndrome gehen Patienten ein, bei denen der Schmerzzustand überlagert ist, bei denen eine larvierte Depression oder eine neurotische Entwicklung vorliegt. Deut-

lich wird dies bei 17 Patienten, die vor allem unter Kopfschmerzen, vertebragenen Schmerzzuständen und Herzbeschwerden leiden. Bei 7 der 136 Patienten besteht der Verdacht auf einen Tumor bzw. ist bereits ein solcher gefunden, lediglich bei 2 Patienten ist die Diagnose eines malignen Tumors gesichert.

b) Die Schmerzbeschreibung von seiten der Patienten

Die Schmerzbeschreibungen einiger Patienten sollen zunächst aufgeführt werden, um dem Leser einen Eindruck von der Vielfalt und Eindrücklichkeit der Schilderungen zu vermitteln. Im folgenden wird noch nicht eine Interpretation der Aussagen erstellt, sondern in erster Linie eine Einteilung der Beschreibungen nach phänomenologischen Gesichtspunkten vorgenommen. Ich nahm die Schmerzschilderungen zum Gegenstand der Betrachtung und suchte nach einzelnen Phänomenen, die sich in verschiedenen Beschreibungen wiederholen. Es zeigte sich, daß viele Aussagen ein verändertes Körpergefühl ausdrücken. Häufig wird der Eindruck geschildert, das schmerzende Organ nehme an Größe und Gewicht zu. Der Schmerz selbst wird beschrieben mit Bildern wie Abspaltung eines Körperteils, wie Platzen oder Abbrechen. Oft finden sich Aussagen, die eine Person, einen Gegenstand oder Tiere als Schmerzverursacher angeben. Auch selbstzerstörerische Tendenzen werden ausgedrückt. Genauer wird weiter unten auf die einzelnen Phänomene eingegangen.

Als zweiten Ansatz zur Interpretation wählte ich den Gesamteindruck, den die Schilderung des Patienten vermittelt. Ich versuchte eine Einteilung nach dem Grad an Schmerzbewältigung, den die Beschreibung ausdrückt. Der Versuch einer Inhaltsanalyse unter anthropologischen und tiefenpsychologischen Gesichtspunkten wird im interpretativen Teil der Arbeit unternommen.

Bei der Einteilung unter Berücksichtigung des Gesamteindrucks wählte ich als determinierendes Kriterium den Grad an Schmerzbewältigung, den die Beschreibung ausdrückt.

Selbstverständlich wäre eine Einteilung und Interpretation der Aussagen auch nach anderen Gesichtspunkten möglich. So könnten die Schmerzbeschreibungen z.B. soziolinguistisch untersucht werden, sicherlich eine sehr interessante Arbeit, aber in diesem Rahmen zu umfangreich.

Einige Denkanstöße dazu sollen dennoch gegeben werden. Die Aussagen der Patienten unterscheiden sich sprachlich in vieler Hinsicht, z.B. im Umfang, in der Vermittelbarkeit, in der Bildhaftigkeit, in der Wahl der schmerzbeschreibenden Adjektive u.a. Die Unterschiede im Sprachgebrauch rühren nicht nur von unterschiedlichen Schmerzen her, sondern sie entstammen, wie die Soziolinguistik darstellt, auch unterschiedlichen Bedingungen während der Sprachentwicklung (PIAGET ist Vertreter einer deterministischen, also an das Alter gebundenen Sprachentwicklung; WYGOTSKI ist Vertreter einer materialistischen Auffassung der Sprachentwicklung, Sprache entwickelt sich nicht in bestimmten Altersstufen, sondern ist abhängig von der Zuwendung von Sprache während der Entwicklung des Kindes) und der damit verbundenen unterschiedlichen Schichtenzugehörigkeit. Angehörige von sogenannten Unterschichten verwenden einen "restringierten Sprachcode", hingegen sprechen Angehörige von Oberschichten einen "elaborierten Sprachcode" (BERNSTEIN, 1962).

Beide "Codes", deren Übergänge fließend sind, spielen in die Schmerzsprache mit hinein. Beispiele unterschiedlicher Aussagen sollen das verdeutlichen. Patienten höherer und gehobener Schichtzugehörigkeit sprechen ausführlich, mit viel Bildhaftigkeit und verschiedensten Ausdrücken ihres Reservoirs an Sprachvermögen. Eine Ärztin (16): "... ändert sich alle Augenblicke, wie ein Floh hüpft das herum; Mißgefühl, verändertes Körpergefühl, ... man kann nicht sagen, ob es schon Schmerz ist, ... wie Würmer in einem Sack, als ob die so durcheinan-

derwimmeln." Hingegen kann man den Aussagen von vielen Patienten leicht entnehmen, daß sie mit einer gewissen Armut an Sprachvermögen ihre Schmerzen beschreiben. Ein Straßenarbeiter (35): "... des zieht mehr, des zieht, ... wie wenn ich an Kaugummi nimm und zieh so ausanander; des zieht so auf." Ein Kraftfahrer (26): "Beim Laufen, des sind keine Krämpfe, Brennen is des; ich denk bloß, jetzt muß es bald so weit sein.".

Eine Untersuchung der Schmerzsprache bezüglich der Sprachkompetenz, d.h. der Fähigkeit des Sprechers Sprache zu bilden und zu verstehen, kann in diesem Rahmen jedoch nicht geliefert werden.

Einzelne Phänomene der Schmerzbeschreibung

Bei der Betrachtung einzelner Phänomene der Schmerzbeschreibung finden sich Aussagen zu zwei Bereichen, zum einen Aussagen, die die Auseinandersetzung des Subjektes bzw. des Ich mit dem Schmerz betreffen, zum anderen solche, die auf eine Auseinandersetzung des Schmerzpatienten mit der Umwelt zu beziehen sind. Letztere werden vor allem im Abschnitt über Kommunikation behandelt. Nicht bei allen Phänomenen ist eine strenge Zuordnung zu einem der Bereiche möglich und sinnvoll, da auch bei der intrasubjektiven Auseinandersetzung mit dem Schmerz eine Verschränktheit von Individuum und Umwelt besteht.

Schmerz und Körpergefühl, Körperschema

86 Patienten beschreiben eine mit dem Schmerz verbundene Änderung des Körpergefühls bzw. des Körperschemas, oder sie greifen zu Vergleichen, die ein verändertes Körpergefühl ausdrücken. Das Verhältnis Körper und Ich, das sich als ein besonderes Körperbewußtsein, das keineswegs mit dem anatomisch

gegebenen Leib zusammenfällt (SCHILDER, 1924), darstellt, wird durch den Schmerz verändert. Es sind Aussagen verschiedener Intensität und Bildhaftigkeit zu finden.

Zunächst Beschreibungen, die ausdrücken, daß der Übergang von einem veränderten Körpergefühl zum Schmerz fließend ist und oft nicht genau anzugeben:

> "Mißgefühl, verändertes Körpergefühl, schwillt so an, daß es dann zum Schmerz wird; man kann nicht sagen, ob es schon Schmerz ist oder nicht; man muß sich sagen, es ist ein schönes Gefühl; unerträglich ist es nicht, aber sehr lästig; immer so ein lästiges Gefühl." (16)

Es ist dies die Schmerzschilderung einer Ärztin, die sich sehr differenziert mit ihrem Körper auseinandergesetzt hat. Sie ist die einzige, die den Ausdruck "verändertes Körpergefühl" gebraucht. (Außerdem: 4',17,29,53,57,58,70,76,77, 91,103)

Beschreibungen, die einen Zweifel, eine gewisse Ambivalenz des Kranken ausdrücken, ob seine Empfindung Schmerz ist, sind ebenfalls mit dieser Schwierigkeit, die Grenze zwischen Schmerzempfindung und verändertem Körpergefühl zu ziehen, erklärbar.

> "Pelzig; komisches Gefühl, unangenehm; wie so taub, als wenn kein Leben drin wäre; so'n Stechen und ein ganz komisches Gefühl." (46)

(Außerdem: 13',21',44,76)

Die nächsten Beschreibungen geben wieder, daß das ungewohnte Spüren eines Organs oder Körperteils als schmerzhaft empfunden wird. Wenn Körperteile, die in Innenbereichen liegen und normalerweise nicht erlebt werden, sich plötzlich bemerkbar machen, so wird ihre ungewohnte Anwesenheit als unangenehm, beängstigend, schmerzhaft empfunden.

> "Das Herz ist wie ein Kloß; es schlägt so; das Herz zittert; alles schwach; ich meine, mein Herz wäre rechts." (12')

"Mein Kopf ist einfach nicht mehr klar, wie benommen; ich hab immer an Druck im Kopf, mein Kopf wird einfach nicht mehr frei; ich merk halt, daß der Kopf einfach nicht mehr frei ist." (88)

(Außerdem: 7',15,18,76,78,86,94)

Während bei diesen beiden Schilderungen sonst autonome bzw. nicht wahrgenommene Organe gespürt werden, werden bei den folgenden Beschreibungen Strukturen als schmerzhaft angegeben, die nicht als solche wahrgenommen werden können.

"Es hat im Knochen da drin so gekrabbelt" (28)

"Da drückts da und dann dauerts net lang, dann ist das im ganzen Gehirn." (20)

(Außerdem: 8, 19,27,28,55,56)

Die nächsten Beschreibungen zeigen, daß bestimmte Körperstukturen als verändert und zwar z.T. als körperfremd verändert erlebt werden; dabei werden abstruse Körperbilder gezeichnet. Der Kranke weiß dabei, daß dieses Erleben nicht der Realität entspricht, er sagt: "als ob ... "

"Des Ziehen, also ich hab manchmal das Gefühl, da sind doch Sehnen und Nerven, wie ein Strick, und man würde an einem Ende ziehen." (67)

"Als wenn die Nerven plötzlich nach außen gekommen wären." (23')

(Außerdem: 16',5,13,18,44,60,62,64,66,68,69,76,80,82,94,98, 106)

In den aufgeführten Beschreibungen (12',80,28,20,67,23') drückt sich die Tendenz einer erhöhten Sensibilität gegenüber Körper- und Organbereichen aus.

Auch die folgenden Schmerzschilderungen beinhalten eine Änderung des Körperschemas bzw. Körpergefühls:

Gefühl der Größen- bzw. Gewichtszunahme des schmerzenden Körperteils

"Hockt darin wie Klumpfuß; wie Bleifuß; schwer in der Wade." (30')

"Wenn ich die Schmerzen hab, da mein ich als, die Oberschenkel sind so ..." (Geste: dick) (69)

(Außerdem: 18',26',27',17,18,47,53,66,70,79,94,97,105)

Gefühl der Blutleere, Taubheit; totes Gefühl

"Von unten rauf so taub; ein Gefühl, als wenn man sich verbluten würde, so langsam" (28)

"Ein totes Gefühl, wie wenn es nicht da wäre." (2)

(Außerdem: 2',6',17',25',6,17,22,48,53,57,60,64,76,88,93, 94,95,102)

Beschreibungen, die den Schmerz vergleichen mit dem, wie er bei der Abspaltung eines Körperteils entstehen könnte

"Wenn ich nies mein ich grad, ich kriegs Bein rausgerissen." (55)

"Gefühl, das Auge kommt raus; die Schädeldecke trägts hoch." (1)

(Außerdem: 15,45,47,57,78,81,106)

Beschreibungen, die das Bild des Sich-Öffnens, des Platzens zeichnen

"Ich hab auch das Gefühl, als platzt das Bein, als wär irgendwas drin, das sprengt das Bein." (30)

"Da mein ich als jeden Moment, mein Kopf, der zerspringt; da mein ich grad, wie so'n Glas." (87)

(Außerdem: 2',1,7,65,79,90,93,100,104)

Beschreibungen, die den Vorgang des Abbrechens, Abreißens wiedergeben; das Abbrechen ist meistens auf die Wirbelsäule bezogen

"Dann denk ich, das Kreuz bricht auseinander." (54)

"Wie wenn da hinten alles auseinanderreißt; des hat a Gefühl ghabt, wie wenn hinten as Kreuz alles auseinanderfliegt und wär gebrochen." (66)

(Außerdem: 4',27',47,59,78,105)

Ausgeliefertsein an den Schmerz

14 Patienten drücken in ihrer Schilderung eine äußerste Passivität, ein Erduldenmüssen aus. Der Schmerz wird ihnen angetan. Sprachlich drückt sich dieses Ausgeliefertsein durch die Passivform bzw. durch das Wort "kriegen" aus.

Es werden mitunter grausame, folterartige Bilder beschrieben.

"Dann wie ein Stich, wie wenn noch mehr gebohrt wird; als wenn der gesamte Kopf in einem Eisenring sitzt und so zugedrückt wird; dann bin ich ganz machtlos, da bin ich denen ausgeliefert; wenn ich aufwache davon bin ich rettungslos verloren." (74)

"Des is als wenn 'n glühender Klumpen zwischen die Rippen gehalten wird und ganz fest dagegengedrückt wird mit so'm glühenden Ding." (77)

"Als wenn ich laufend da an Schlag draufkrieg." (90)

(Außerdem: 2',10',28',2,19,43,45,55,61,73,80)

Schmerzzufügung durch "jemand, einer, man, ich"

In diesen Aussagen wird bildlich ein Schmerzverursacher angegeben. Bei den Patienten, die "jemand, einer" sagen, wird der Verursacher außerhalb des eigenen Körpers gesehen, die Aussage "man" schließt sich selbst bereits ein, bei "ich" wird die Eigenverantwortung für den Schmerz ausgedrückt.

Es sind dies phänomenologische Deutungsversuche der Beschreibungen, anthropologische und tiefenpsychologische Interpretationen folgen im nächsten Abschnitt.

15 Patienten geben bildlich ein unbekanntes Gegenüber, "jemand, einer" als Schmerzverursacher an.

"Als drücke jemand das Herz zusammen; als wäre jemand drin und drücket mir das Herz zu und nimmt mir die Luft weg." (11)

"Des tut so richtig stark weh, und zwischendurch tut des noch mehr weh, da bohrt dann irgendjemand mehr." (86)

"Wie wenn einer einem den Arm rumdreht und hält die Stellung fest." (96)

(Außerdem: 7',14',18',22',19,34,37,63,71,79,87,88)

13 Patienten beschreiben "man" als Verursacher des Schmerzes Hier drückt sich bereits eine schwache Identifikation aus.

"Wie wenn die Vene eng wäre und man mit einer Stahlbürste über wundes Fleisch fahren würde." (16')

"Wie wenn man an Bohrer nimmt und bohrt den Knochen an; es war, wie wenn man mit der Bohrmaschine in Knochen haut." (33)

(Außerdem: 6',17',26',45,46,54,56,66,67,69,70,94)

Eine Schmerzzufügung durch "ich", also eine vollständige Identifikation mit dem "Schmerzmacher", findet sich in den Beschreibungen von nur 4 Patienten.

"Ich würde die Hand festhalten und zieh daran, dann hab ich erst an leichten und dann tuts weh je mehr ich zieh." (67)

"Wenn ich aufsteh dann geht des, wie wenn ich an Kaugummi nimm und zieh so ausanander." (35)

(Außerdem: 99, 29 - wobei bei diesen beiden Schilderungen "ich" auf Gegenstände zurückgreift)

Gegenstände, die Schmerzen verursachen

50 Patienten beschreiben ihren Schmerz so, als würde er durch Gegenstände hervorgerufen. Am häufigsten werden Nadeln (von 16 Patienten) und Messer (von 9 Patienten) zum Vergleich herangezogen. Die Palette der genannten Gegenstände ist äußerst reichhaltig, phantasievoll und sehr beeindruckend:

Nadeln, Messer, Dolch, Pfeil, Schere, Hackbeil, Nagel, Bohrer, Bohrmaschine, Stacheldraht, Stacheln, Dornen, Disteln, Stahlbürste, Schmirgelpapier, Stift, stumpfer Gegenstand, Scheit Holz, Keil, Amboß, Hammer, Stecken, eiserne Faust, Peitsche, Riemen, Gurt, Strick, Reifen (um den Kopf), Ring (um den Kopf), Eisenring (um den Kopf), Schraubstock, Kranz, Säure, Brennessel, glühender Klumpen, Feuer, Feuerschwaden, benzingetränkter

Lappen beim Werfen ins Feuer, elektrischer Strom, undichtes Stromnetz, Verband, sprudelndes Wasserglas, Hefestück, Kaugummi, Hühnerei, Zement, Zementdecke, Fremdkörper

"Als hätte ich so ein Hefestück im Kopf und das dehnt sich aus." (102)

"Ich hab gedacht, ich lauf auf tausend Dornen, Stacheln; und da gehts zack, zack, zack, durch wie an Pfeil, wie an Blitz reißt's da unten in der Ferse durch; mit jedem Schritt war das, wie wenn so a paar Disteln wärn, wo ich reintret; wie Stromstöße schießt des durch, so scharf." (99)

Tiere, die Schmerzen verursachen

Der Vergleich mit Tieren, die den Schmerz verursachen, ist seltener, er wird von 12 Patienten gewählt. Die Beschreibungen erinnern an den Dermatozoenwahn. Es sind nur kleine Tiere, die genannt werden:

Ameisen, Käfer, Fliege, Floh, Würmer, tausend Lebewesen

"Ändert sich alle Augenblicke, wie ein Floh hüpft das herum; zuckt so, die einzelnen Fibrillen, das sieht man auch, als ob man Würmer drinnen hat, die sich bewegen, wie Würmer in einem Sack, als ob die so durcheinanderwimmeln." (16)

"Wenn ich nachts im Bett gelegen bin, hab ich gedacht, ich lieg auf lauter Ameisen, so hat das gekitzelt." (34)

(Außerdem: 6',7',25',46,64,81,83,89,94,97)

Selbstzerstörung

10 Patienten äußern selbstzerstörerische Tendenzen oder Todeswünsche. Zu beachten ist, daß die Aussagen getroffen werden, um den Schmerz zu beschreiben, der z.B. so stark ist, daß man am liebsten sterben würde. Es ist damit nichts ausgesagt über die Ernsthaftigkeit der suizidalen Gedanken.

Im weiteren Gespräch zeigte sich, daß nur bei einer Patientin der Gedanke an Suizid ernsthaft bestand; bei den anderen ist diese Aussage eine sprachliche Ausgestaltung, die das äußerste Maß an Schmerz vermitteln soll.

"Da wenn se mir den Kopf abgeschnitten hätten, da wär's mir auch recht gewesen, so arg war des." (98)

"Des is ein ganz stechender, bohrender Schmerz, manchmal meint man so, daß man's nicht ertragen könnt, daß man am liebsten was nehmen könnt und reinschneiden, daß's Luft gibt; ich hab gesagt, ich nehm a Messer und schneid alles auf." (70)

(Außerdem: 7,37,74,80,88,93,96,104)

c) Der Gesamteindruck, den die Schmerzbeschreibung auf den Untersucher macht

Bei einer Interpretation der Schmerzbeschreibung muß neben der Schilderung des Patienten auch das, was er durch Körpersprache ausdrückt, berücksichtigt werden. Manche Patienten sind nicht in der Lage verbal ihr Erleben auszudrücken, oder sie sind nicht bereit dazu, und oft gibt dann das Verhalten Hinweise auf das wirkliche Erleben. In den meisten Fällen stimmt nach einem längeren Gespräch die Sprache mit der psychischen Befindlichkeit überein. Patienten, die ihren Schmerz nüchtern beschreiben, haben sich meist in ihren Lebensumständen angepaßt und sind nicht dekompensiert, während Patienten, die sprachlich ein Überwältigtsein vom Schmerz zum Ausdruck bringen, auch in ihrer Ich-Stärke geschwächt und psychosozial instabil sind. Diese Übereinstimmung ist eine unerläßliche Voraussetzung für die folgende Betrachtung, da die sprachliche Äußerung als Grundlage genommen wird für die Beurteilung des Grades der Schmerzbewältigung.

Ich möchte der folgenden Einteilung voranschicken, daß sie sicherlich sehr subjektiv getroffen ist; ein anderer Untersucher hätte womöglich in einigen Fällen eine andere Zutei-

lung gewählt. Dazu kommt, daß Schmerzbewältigung kein linearer Vorgang ist. Der Patient muß sich ständig erneut mit seiner Situation auseinandersetzen und Bewältigungsarbeit leisten. Je nach Stimmungsschwankungen und äußeren Umständen wird der Grad der Bewältigung unterschiedlich groß sein. Selbst in einem einstündigen Gespräch kann der Schmerzkranke Phasen der Verzweiflung und der Zuversicht durchleben. Das alles erschwert natürlich eine schematische Einteilung, die deshalb auch nur Grundtendenzen aufzeigen kann.

Die Schmerzbeschreibung läßt auf Bewältigung schließen

Wenn hier von Bewältigung die Rede ist, so meint das, daß der Patient in der Lage ist, mit seinem Schmerz zu leben, daß er unter Veränderungen, die der Schmerz mit sich brachte, wie z.B. Verlust der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit, nicht mehr übermäßig stark leidet, daß er Möglichkeiten der Linderung gefunden hat und auch andere Lebensinhalte und Kommunikation für ihn noch wichtig sind.

Viele Patienten, die den Schmerz offensichtlich bewältigt haben, beschreiben ihn wie eine objektivierte Wahrnehmung, ohne daß psychische bzw. somatische Mitreaktionen in die Schilderung einfließen. Die Beschreibung ist nüchtern und ohne stärkere emotionale Mitschwingungen. Teilweise werden Vergleiche zur Beschreibung herangezogen.

Schilderung ohne Heranziehung von Vergleichen

"Ein ziehender Schmerz; in der Schulter wie reibend." (5)

"Stechende Schmerzen; feste Stiche; zuerst war's ein Brennen, jetzt ist es mehr ein Stechen als ein Brennen; mit dem Pulsschlag sind die Stiche; ich hab keine Rücksicht auf mich genommen." (24)

"Und da zuckt des nur a so im Kopf; meistens is a Druckschmerz, und dann sticht's amal so; wenn ma des so lang macht, ma macht halt zu; ich hab mich schon so daran gewöhnt, des weiß ich gar nicht mehr anders." (75)

(Außerdem: 1',11',24',17,21,26,31,32,36,40,50,75,76,84)

Schilderung unter Heranziehung von Vergleichen

Die Schilderung wirkt durch die gebrauchten Vergleiche eindringlicher.

"Richtige Stiche; wie wenn eine Nadel drinstecken tät; wie wenn eine Nadel rein ins Fleisch käme; ein feiner Stich mit feiner Nadel." (2)

"Wie ein Krampf; als wenn jemand den Magen zusammenpreßt." (14')

"Des kam, ging, kam, ging, mit einer Wucht; so, als würde man mit einem Stacheldraht so durch die Gegend ziehen; manchmal mein ich, die oberen Zähne würden von oben in den Mund gestoßen und die unteren von unten rein; im nächsten Augenblick da sticht das; ich möcht fast sagen, wenn man da nunter schaut, und man sieht die Eisenbahn, und da funkt es so; immer nur sekundenlang; wie wenn man den Nerv aus dem Zahn zieht; so richtig zackig, so bösartig; des breitet sich aus; es ist einfach, als würd man mit Nadeln losgehen, oder es funkt, oder man an Schlag kriegt, solche Attacken sind des; die zucken so weiter, des krabbelt so weiter; fängt an zu klopfen; ich leb damit schon zehn Jahr, es war wie ein Stück von mir." (45)

(Außerdem: 3',6',7',8',10',12',13',17',19',20',27',28',
3,6,7,8,9,10,14,16,22,23,29,30,33,34,35,46,47,52,53,55,
60,62,65,66,67,71,72,73,78,80,83,87,89,90,92,94,97,101,
102,105,106)

Ebenfalls nüchtern sind die folgenden Schilderungen. In ihnen wird die Verknüpfung des Schmerzes mit körperlichen Vorgängen zum beschreibenden Element. Der Patient ist nicht vom Schmerzgeschehen überwältigt.

"Druck, starker Druck; Gefühl, daß der Schmerz beim Übergeben herauskommen müßte." (15')

"Sticht, stößt auf, reizt zum Brechen; wie soll ich das beschreiben?" (4)

(Außerdem: 5',22',11,12,27,58,63,95)

Die Schmerzbeschreibung läßt darauf schließen, daß der Grad der Bewältigung schwankt, teilweise ist keine Bewältigung erfolgt

Der Kranke ist in seiner ganzen Person vom Schmerz erfüllt, er ist ihm ausgeliefert. In den Schilderungen drückt sich eine starke gefühlsmäßige Beteiligung aus.

In einem Teil der Schilderungen wird der Schmerz durch vegetative und psychische Phänomene charakterisiert. Diese Phänomene sind von ihm nicht zu trennen, sie spielen in der Beschreibung eine entscheidende Rolle.

"Wenn ich sprech, dann is das, als ob des dahier vibriert und wird dadurch stärker oder angeregter; des pocht, als ob's da raus wollt oder klopft oder bohrt; dann wühlt des, pocht des; des zuckt, des sticht, des bohrt, des hämmert, des fährt so, dann macht ma unwillkürlich ... (zuckt zusammen); ich dachte, mir steht die Haut auf, als ob die Haare sich so aufstellen würden; dann hab ich nur noch im Traumzustand gelebt; ich hab so furchtbar gezittert; da wenn se mir den Kopf abgeschnitten hätten, da wär's mir auch recht gewesen, so arg war des; da hat der Schmerz die Tränen rausgepreßt; des kann man gar nicht erklären, des war furchtbar." (98)

"Zuerst ein Stich, dabei große Angst; ein Druck auf den Kopf, als ob er zusammengedrückt würde; Rieseln im Kopf; so stark, daß ich fast verrückt werde; mir sitzt die Angst im Nacken, ich weiß nicht, woher es kommt; es ist alles verstopft, das Blut kommt nicht durch; der Kopf platzt." (2')

"Was soll man da viel sagen; da tät man am liebsten alles wegschmeißen, da krieg ich dann Krach mit meim Chef; manche Tage sticht des auch, will sagen, als tät einer mit der Nadel als mal neinstoßen; sag immer, ein Mensch kann viel aushalten, fragt sich nur wie, als amal verliert man auch die Lust; überhaupt, wenn man läuft, meint man als, es ist Schluß; es ist halt peinlich; da krieg ich Lust zum Aufhängen." (37)

(Außerdem: 9',16',18',21',30',1,15,19,20,28,41,61,69,82,100)

In den folgenden Beschreibungen drückt sich ein starkes Überwältigtsein vom Schmerzgeschehen aus. Es gibt hier Abstufun-

gen. Teilweise wird der Schmerz selbst nüchtern beschrieben, aber durch affektive Äußerungen wie "es wird alles zu viel", "ich will endlich mal mei Ruh ham" wird ausgedrückt, daß der Kranke vom Schmerzerlebnis besetzt ist. In anderen Beschreibungen ist jede Distanz zum Schmerzgeschehen verlorengegangen.

"Fängt hier an, bis rüber zum Knorpel und strahlt aus; das ist ein ziehender, beinah auch stechender Schmerz; im Moment ist er unerträglich; es ist ein ewiger Schmerz, ich möchte sagen, es sind Höllenqualen, daß ich anfange zu weinen; ein Ziehen, ein Druck im Oberschenkel; es waren weniger Schmerzen, es waren Krampfzustände, daß es mir beinahe die Beine weggezogen hätte." (39)

"Also Schmerzen hab ich unheimlich; wo der Puls ist, da sticht es wahnsinnig; ein stechender Schmerz, dann rührend, dann wie Feuerschwaden, da mein ich grad, Feuer ist im Finger und die Finger müßten sich weiten und es müßte raus; wie ein eitriger Finger, ein rührender, pochender Schmerz; wie so ein Hammerschlag, wie ein elektrischer Schlag; also des sind Nervenschmerzen; der Arm, der macht mich verrückt, ich kann nicht mehr so weiterleben; ich sag Ihnen, des is so furchtbar, ich dreh bald durch; die Schmerzen lassen mich nicht los; der Schmerz geht jetzt über meine Kraft; wahnsinnige Schmerzen." (104)

"Des zieht dann immer da rein und verläuft sich wie ein Strang da her; es ist so ein fester Schmerz; kräftig; wie ein stehender, konstanter Schmerz, der bleibt; wenn einer einem den Arm rumdreht und hält die Stellung fest; des zieht so übers Kreuz her; weil sich alles verkrampft; beengend, man krümmt sich dann a bissel, und es wird immer mehr; ich konnt's nicht mehr aushalten, ich hab mich gekrümmt vor Schmerz; der macht mich so fertig, da kann ich kaum an Schritt machen; des kann ich fast net aushalt; daß ich nicht arbeiten kann, des is des Schlimmste; daß ich so nutzlos da rumlieg; soll ich dich erschießen, ich hätt ja gesagt; es war für mich so deprimierend, ich konnte mir gar nicht vorstellen, daß man bei Armschmerzen nicht mehr gehen und nicht mehr sitzen kann." (96)

(Außerdem: 4',23',25',26',29',13,18,25,38,42,43,44,48,49, 51,54,56,57,59,64,68,70,74,77,79,81,85,86,88,91,93,96,99, 103)

Gewöhnung an den Schmerz

13 Patienten berichten spontan von einer Gewöhnung an den Schmerz. Alle beschreiben ihren Schmerz als stark bis sehr stark, zwei bezeichnen ihn als stärksten Schmerz. Es ist trotz der Aussage der Gewöhnung ein Getroffensein festzustellen. Die Schmerzdauer betrug bei diesen Kranken im Durchschnitt 7 Jahre (2 Monate bis 20 Jahre).

"Des is ein dauernder bohrender Schmerz; ich hab mich schon so daran gewöhnt, wenn ich den Schmerz nicht hab, dann denk ich, was ist denn jetzt; immer der dumpfe bohrende Schmerz; des zieht manchmal so in den Fuß rein; dann fährt mers da hinten rein; man darf sich nicht gehen lassen." (50)

"Da zuckt des nur a so im Kopf; a Druckschmerz, und dann sticht's amal so; wenn ma des so lang macht, ma macht halt zu; ich hab mich schon so dran gewöhnt, des weiß ich gar nicht mehr anders." (75)

"Fester Schmerz; es reißt mir alles auseinander; hier war's immer so, als möcht das Fleisch abfallen; Schmerzen ist Schmerz, ich kann kein Ausdruck gebrauchen; manchmal ist es so ein Brennen, als möchte es brennen; wie wenn ich 'ne Wunde hätte und es drinnen tickt; wie wenn der Puls drin geht; es sticht; die Beine sind so schwer geworden; es spannt, ist schwer; Ziehen von der großen Zehe her; Kribbeln; ich nehm keine Notiz, wenn's nicht gar so arg ist, das ist ein Zustand, wo man sich dran gewöhnt; dann muß ich die Zähne zusammenbeißen und es muß gehen; es ist manchmal ganz furchtbar, man muß alleine damit fertig werden." (47)

(Außerdem: 10',27',30,40,45,54,69,78,83,89)

d) Kommunikation

Es sollen nun einige Angaben zur kommunikativen Situation der Schmerzkranken folgen und Aussagen, die dazu in den Schmerzbeschreibungen auftauchen.

Wunsch nach Kommunikation

106 der befragten Patienten wurden aufgefordert, das Gespräch, das ich mit ihnen führte, zu beurteilen. 23 Schmerzkranke gaben an, sich zwar gerne unterhalten zu haben, aber letztendlich waren sie doch gleichgültig dem Gespräch gegenüber. Ablehnend verhielten sich 8 Patienten. Die übrigen 75 standen dem Gespräch positiv gegenüber, waren froh, über ihren Schmerz und die damit verbundenen Probleme sprechen zu können. Es ist dies eine große Zahl, zumal wenn man bedenkt, daß die Patienten vorher darüber aufgeklärt wurden, daß es um die Erstellung einer Dissertation ging und weniger der behandelnde Arzt dadurch neue Gesichtspunkte, etwa für die Therapie, gewinnen konnte.

Genauer nach der Kommunikation zu Hause, am Arbeitsplatz, mit Freunden usw. befragt wurden ebenfalls 106 Patienten. Die Aussagen von 10 Patienten wurden ausgeklammert, da es sich dabei um Kranke handelte, die aus anderen Gründen meist alleine sind, beispielsweise erst kurz verwitwet und noch ohne neue Kontakte, oder die an Schmerzen wie z.B. durch Claudicatio intermittens leiden, wo die Schmerzen nur kurzzeitig unter bestimmten Gegebenheiten auftreten, sofort behoben werden können (hier durch Stehenbleiben) und so wenig Einfluß auf die kommunikative Situation haben.

Von diesen 96 Patienten gaben 37 an, sich während der Schmerzen zurückzuziehen. Sie seien dann lieber allein, wollten auch nicht über ihre Schmerzen sprechen. Sechs von diesen 37 Patienten leiden unter Gesichtsneuralgie, wo die Schmerzattacken durch Sprechen ausgelöst werden; es ist verständlich, wenn sie aus Angst vor dem Schmerz die sprachliche Kommunikation vermeiden. Bei 8 besteht in erster Linie ein depressiver Verstimmungszustand, 10 leiden unter Kopfschmerzen (3 davon mit Depressionen sind bereits bei den erwähnten 8 enthalten). Daß Kopfschmerzen in besonderem Maße die Kommunikationsmöglichkeiten schmälern, beschreibt PLÜGGE (1962).

Zusammenfassung dieser Zahlen:

37 von 96 Patienten, also 38,5 %, ziehen sich während der Schmerzen zurück, während nur 8 von 106, also 7,5 %, diesem Gespräch ablehnend gegenüberstanden.

Es wird im interpretativen Teil auf diese Zahlen eingegangen.

Beschreibbarkeit des Schmerzes

Da bei der Kommunikation des Schmerzkranken häufig zunächst der Schmerz im Mittelpunkt eines Gespräches steht, wird die Frage aufgeworfen, ob Schmerz beschreibbar ist.

16 Patienten bezweifeln zunächst, ihren Schmerz beschreiben zu können, sind dann aber doch fast alle im Gespräch dazu fähig.

6 Patienten führen die Unbeschreibbarkeit des Schmerzes als Kriterium für seine Stärke an. Ihr Schmerz ist zu stark, als daß er beschrieben werden könnte. Von den sechs Patienten bezeichnen drei ihren Schmerz als den stärkst möglichen, zwei als sehr stark, einer als stark.

> "Die Seite da, die is kochend heiß; des war so'n Stechen und so; wenn nur amal das Heiße weg wär, des is ja furchtbar, des is ja kochend heiß; des war, wie wenn eins die Bein auseinanderdrücken tät; in denen Schmerzen hat man gar net gewißt, wie des ist, so groß war'n die Schmerzen." (79)

> "Da drin, in der Ecke, da sitzt der dickste Schmerz; des tut richtiggehend weh; ein klarer, deutlicher Schmerz is des; des is nur noch ein Schmerz." (81)

(Außerdem: 42,49,54,98)

Unwertgefühl, "Scham"

Die Kontaktaufnahme mit der Umwelt wird häufig gerade bei Patienten, die vor Krankheitsbeginn sehr aktiv und leistungsfähig waren, beeinträchtigt durch Minderwertigkeitsgefühle, die mit der Krankheit oder dem Schmerz zusammenhängen. Keiner soll sehen, daß sie leiden, daß sie körperlich weniger leistungsfähig sind als vorher.

10 Patienten schildern spontan ein Unwertgefühl. Davon sind 8 Männer, Durchschnittsalter 47,6 Jahre, die Angst um ihren Arbeitsplatz haben, bzw. Angst davor, nicht mehr gebraucht zu werden.

Von den 4 Patienten, die angeben sich zu schämen, sind drei Frauen.

"Ich hab mich halt geschämt, weil ich so knupp." (95)
(knuppen bedeutet hinken)

"Ich bin ja erst 45 Jahre und werde da abgeschoben." (69)

(Außerdem: 4',9',16',29',34,41,58,63,64,79,96,99)

Aufrechterhaltung anderer Interessen; Einschränkung der Aktionsfreiheit durch den Schmerz

Wenn man die kommunikative Situation der Schmerzkranken betrachtet, muß man neben der sprachlichen Kommunikation und der Frage, ob sich der Schmerzkranke aus Familie und Freundeskreis zurückzieht, berücksichtigen, ob er in der Lage ist, trotz der Schmerzen anderen Interessen nachzugehen und darüber den Schmerz zu "vergessen".

Nach der Fähigkeit, sich vom Schmerz abzulenken, wurden 98 Patienten befragt. Mit "nein" antworteten 48 Patienten, davon 13 Kopfschmerzpatienten und 5 mit Gesichtsneuralgie. Die restlichen 50 Patienten hatten Möglichkeiten gefunden, sich während der Schmerzen mit anderen Dingen zu beschäftigen und dadurch Linderung zu erfahren. Am häufigsten wurden

dabei Fernsehen und Lesen genannt; des weiteren wurden genannt: Musikhören, Lernen, Spazierengehen, Handarbeiten, Beschäftigung mit Haustieren, Autogenes Training (4 mal). Interessant und ein Bogen zur sprachlichen Kommunikation ist es, daß Gespräche mit anderen als Möglichkeit, sich vom Schmerz abzulenken, genannt wurden und Arbeit, wobei es sich immer um kommunikationsfördernde Beschäftigungen (Verkäuferin, Krankenschwester, Ärztin) handelte.

Die Potenz des Schmerzes, eine Einschränkung der Aktionsfreiheit zu bewirken und die psychische Leistungsfähigkeit zu beeinträchtigen, drücken 8 Patienten spontan aus. Die Schmerzstärke geben sie als sehr stark bzw. als stärkst möglich an.

"Man wird interesselos, wenn man dauernd Schmerzen hat." (5')

"Wenn ich davon aufwache, dann bin ich ganz machtlos; da bin ich denen ausgeliefert; jedes Denken tut weh." (74)

(Außerdem: 37,43,57,61,81,98)

e) Zusammenfassung

Von den befragten 136 Patienten sind 58,8 % Frauen und 41,2 % Männer bei einem Altersmittelwert von 49 Jahren. Es sind zu 63,3 % Patienten aus Orten bis zu 5 000 Einwohnern. Bei den Berufsgruppen überwiegen Hausfrauen, Beamte und Angestellte, Facharbeiter und Rentner. Über 2/3 der Patienten sind verheiratet. Über die Hälfte sind erste bzw. zweite Kinder von mehreren. Es überwiegen bei weitem Patienten mit neurologischen Erkrankungen, vor allem mit neuralgiformen Beschwerden und Kopfschmerzen.

Bei der Betrachtung der Schmerzschilderungen zeigt sich, daß bestimmte Phänomene wiederholt zur Beschreibung herangezogen werden. 86 Patienten schildern eine mit dem Schmerz verbundene Änderung des Körpergefühls bzw. Körperschemas. Oft wird

der Übergang vom veränderten Körpergefühl zum Schmerz als fließend angegeben. Sonst autonome Organe werden wahrgenommen, bestimmte Körperstrukturen, z.B. Sehnen und Nerven, als körperfremd verändert erlebt. Bilder wie Platzen, Abbrechen, Abreißen werden geschildert. 14 Patienten drücken ein völliges Ausgeliefertsein an den Schmerz aus, 32 Patienten geben "jemand, einer, man, ich" als Schmerzverursacher an, 50 Kranke schildern den Schmerz so, als würde er durch Gegenstände wie Nadeln, Messer usw. hervorgerufen. Die Vielfalt ist groß, es werden 48 verschiedene Dinge angeführt. Schmerzen, so als ob von Tieren verursacht, schildern 12 Patienten; sie nennen nur kleine Tiere wie Ameisen, Fliegen, Käfer. 10 Schmerzkranke äußern in den Beschreibungen selbstzerstörerische Tendenzen. Neben der Gliederung nach einzelnen Phänomenen nahm ich eine Einteilung vor nach dem Gesamteindruck, den die Schmerzbeschreibung auf mich machte. Ich stellte dabei die Frage, ob die Schilderung Bewältigung ausdrückt. Berücksichtigt wurde dabei auch das non-verbale Verhalten des Kranken. Patienten, die den Schmerz weitgehend bewältigt haben, beschreiben ihn wie eine objektivierte Wahrnehmung, in den Schilderungen von Kranken, bei denen die Bewältigung schwankt, drückt sich eine starke gefühlsmäßige Beteiligung aus.

Die Betrachtung der kommunikativen Situation ergibt, daß sich 38,5 % der Patienten zurückziehen, wenn sie unter starken Schmerzen leiden; 7,5 % der von mir Befragten standen diesem Gespräch ablehnend gegenüber. Interessant ist, daß alle Kranken ihren Schmerz schildern konnten. 6 Patienten gaben die Unbeschreibbarkeit des Schmerzes als Kriterium für seine Stärke an. Manche Schmerzkranke ziehen sich u.a. zurück, weil sie sich durch den Schmerz und die damit verbundene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit minderwertig fühlen. 10 Patienten schildern ein Unwertgefühl, 4 geben an, sich zu schämen.

Nahezu die Hälfte der Schmerzkranken gibt an, sich nicht vom Schmerz ablenken zu können. Auch das zeigt, wie sehr die Kommunikationsfähigkeit durch das Erdulden von Schmerz eingeschränkt werden kann.

D. INTERPRETATION

Bevor ich zur Interpretation der Schmerzbeschreibungen komme, sollen einige grundsätzliche Punkte zur Art meines Vorgehens angeführt werden. Die beiden Betrachtensweisen in dieser Arbeit sind die Interpretation der Schmerzbeschreibung als Ganzes unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Kranken, also gewissermaßen eine psychologische Interpretation, und eine Interpretation einzelner Gesichtspunkte nach phänomenologischen, tiefenpsychologischen und anthropologischen Kriterien. Bei der psychologischen Betrachtungsweise stelle ich die Frage, wie sehr der Kranke in seiner ganzen Person vom Schmerzgeschehen eingenommen ist. Dabei spielt auch die Frage nach der Kommunikationsfähigkeit eine große Rolle.
Bei dieser Betrachtung des Gesamteindrucks wurde der Begriff der Bewältigung in den Mittelpunkt gestellt. Dieser Begriff bedeutet, daß der Kranke vom Schmerz nicht völlig eingenommen ist, sondern trotz seiner Schmerzen noch am Leben, das um ihn herum abläuft, teilhaben kann und nicht nur der Schmerz im Interessensmittelpunkt steht. Die kommunikative Ebene wurde insofern mit der Bewältigungsebene verknüpft, als ich davon ausgehe, daß die Bewältigung mit der Aufrechterhaltung von Kommunikation zunimmt und eine Bewältigung über Umwelt, d.h. durch den Kontakt mit der Umwelt, stattfinden kann.

a) Drei Ebenen der Auseinandersetzung mit dem Schmerz

Im nächsten Abschnitt geht es ohne Berücksichtigung der Schmerzbeschreibungen um die Frage, was der Schmerz für die Entwicklung bedeutet und wie die Auseinandersetzung mit dem Schmerz ablaufen könnte.

Zunächst ein Überblick über die drei Ebenen:

I. Es erfolgt eine innerorganismische Auseinandersetzung bzw. Bewältigung auf molekularer und neuronaler Ebene
Beispiele:
Prostaglandin F2α als Antagonist von Prostaglandin E (JUAN und LEMBECK, 1977)
Unterdrückung der Impulse der C-Fasern durch Impulse der A-δ-2 - Fasern (SIEGENTHALER, 1973)
Schmerz tritt auf, wenn die Auseinandersetzung auf dieser Ebene nicht zur Bewältigung führt

II. Es erfolgt eine Auseinandersetzung des Subjekts bzw. des Ich mit dem Schmerz, die zur Bewältigung führen kann
Anthropologische Stufen dieser Auseinandersetzung: Erkunden, Entdecken, Erschließen, Sich-Auseinandersetzen, Binden und Lösen, Aufzeigen und Aufweisen, Bewältigen (WYSS, 1976)
Tiefenpsychologisches Modell: Integration, Distanzierung, Fragmentarisierung (HAUSMANN, 1970; BRANN, 1973; PLÜGGE, 1970)
Die Grenze als anthropologisches Modell (LÜTZENKIRCHEN)

III. Es erfolgt die Auseinandersetzung mit der Umwelt bzw. der Versuch, über die Umwelt eine Schmerzbewältigung zu erreichen. Hier kommt der Gesichtspunkt der kommunikativen Potenz des Schmerzes zur Berücksichtigung.
Auseinandersetzung bzw. Bewältigung über Sprache, Aufrechterhaltung anderer Interessen und psychischer Möglichkeiten, Umwandlung des Schmerzes in Aggressionswut (BILZ, 1971)
Versuch, in der Konfrontation mit der Umwelt grenzfester zu werden

Im folgenden wird nun näher auf die drei Ebenen der Auseinandersetzung mit dem Schmerz eingegangen.

Schmerz kann als eine Störung des innerorganismischen Gleichgewichts angesehen werden. Es findet eine "Auseinandersetzung" zwischen schmerzauslösenden und hemmenden Substanzen bzw. Strukturen statt.

Als erstes kann man eine "Bewältigung" des Schmerzes auf zellulärer bzw. neuronaler Ebene annehmen, die dem Bewußtsein nicht zugänglich ist, die, solange die Auseinandersetzung erfolgreich ist, vom Subjekt nicht bemerkt wird. Schmerz tritt auf, wenn diese Auseinandersetzung nicht zur Bewältigung führt. Hier ist mit "Bewältigung" ein physiologischer Vorgang gedacht, der eine Schmerzfreiheit gewährleistet. Ich wähle den Begriff Bewältigung, um eine inhaltliche Kontinuität zu erreichen, da auf allen drei zu beschreibenen Ebenen mit Bewältigung eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem Schmerz gemeint ist. Es seien nun einige Beispiele angeführt, die zeigen, daß die Entstehung und Stärke des Schmerzes unter anderem als Resultat eines Auseinandersetzungsprozesses auf biochemischer und neuronaler Ebene betrachtet werden kann:

a. Prostaglandin F2α als Antagonist von Prostaglandin E bei der Schmerzentstehung
   Eine Untersuchung von JUAN und LEMBECK (1977) macht wahrscheinlich, daß Prostaglandin F2α in der Lage ist, die Bindungsstellen gewisser Schmerzrezeptoren zu besetzen und so vor der Erregung durch das schmerzerzeugende Prostaglandin E zu schützen.

b. Die afferenten Impulse der dickeren, schneller leitenden A-δ-2 - Fasern blockieren die zentralen Schaltstellen für die später eintreffenden Impulse der dünneren, langsamer leitenden C-

Fasern; bei Ausfall der A-δ-2 - Fasern entsteht eine Hyperalgesie (SIEGENTHALER, 1973).

c. Die in der Einleitung erwähnte "Gate-Control-Theory", wonach ein hemmender Einfluß der Substantia reticularis des Hirnstamms auf die nach zentral projizierenden Transmissionszellen des Hirnstamms besteht (MELZACK, 1976).

d. Körpereigene Endorphine setzen die Erregbarkeit der Schmerzneuronen direkt oder indirekt herab (MARX, 1977; SYNDER, 1977).

Die Physiologie der Schmerzentstehung ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Es soll lediglich darauf hingewiesen werden, daß bereits auf zellulärer Ebene der Rezeptoren bzw. der neuronalen Leitung eine Auseinandersetzung des Organismus stattfindet, die, soweit Bewältigung erfolgt, zu einer Unterdrückung des Schmerzauslösemechanismus führt und daher von der betroffenen Person nicht bemerkt wird. Wir sind ständig Reizen aus der Umwelt bzw. innerorganismischen Reizen ausgesetzt, die bei Überschreiten einer gewissen Grenzschwelle schmerzhaft wären. In der Auseinandersetzung mit diesen unterschwelligen Reizen sind die Abwehrmechanismen stark genug, um eine Bewältigung herbeizuführen. Erst wenn die schädigenden Reize die Kapazität der Abwehrmechanismen übersteigen, tritt eine Schmerzempfindung auf.

Viele Analgetika, z.B. Indometacin, greifen in diese Ebene der Schmerzbewältigung ein, indem sie die Produktion von Prostaglandinen hemmen (KUSCHINSKY, LÜLLMANN, 1974).

Diese erste Ebene der Auseinandersetzung bzw. Bewältigung kann schon deshalb nicht Inhalt dieser Arbeit sein, als der Untersuchungsgegenstand die Sprache des Schmerzpatienten ist, also eines Menschen, bei dem die Bewältigung auf dieser Ebene nicht möglich war.

Schmerzsprache kann erst entstehen, wenn der Schmerz bewußt wird. Bewußtwerden des Schmerzes meint mehr als nur das Empfinden des Schmerzes, wie es auch dem Tier eignet. Dieses Bewußtwerden des Schmerzes ist Voraussetzung für das Leiden am Schmerz, wie wir es bislang nur für den Menschen kennen. Der Mensch ist, im Gegensatz zum Tier, in der Lage, sich aktiv mit dem Schmerz auseinanderzusetzen und Kommunikation zu suchen, die ihm bei der Schmerzbewältigung helfen kann.

Um einer Verwirrung der Begriffe vorzubeugen, muß ich als nächstes erklären, was im folgenden unter Bewältigung des Schmerzes zu verstehen ist. Es ist nicht ein Freisein von Schmerz (wie auf Ebene I) gemeint, sondern eine Reduzierung des pathischen Charakters soweit, daß der Schmerz nicht mehr die Persönlichkeit des Patienten zerstört, nicht mehr seine Grenzen bedroht. (Auf den Begriff der Grenze wird weiter hinten noch genauer eingegangen.) Ich spreche von Bewältigung, wenn der Patient einen Modus gefunden hat, mit seinem Schmerz zu leben, das Selbstzerstörerische des Schmerzes gebannt ist.

Nachdem auf zellulärer Ebene eine Bewältigung nicht möglich war und der Schmerz also erlebt und bewußt wird, findet eine Auseinandersetzung des Subjekts mit dem Schmerz statt. Auf dieser Ebene ist wiederum eine Bewältigung möglich. Die entwicklungsmäßigen Schritte auf dieser Ebene zeigt eine Anwendung der WYSSschen "Modalitäten" auf das Schmerzgeschehen (WYSS, 1976).

Ist eine intrasubjektive Bewältigung nicht möglich, so wendet sich die Person an die Umgebung, sie tritt in Kommunikation.

Wichtig ist, daß diese drei Bewältigungsebenen nicht schematisch hintereinandergeschaltet gesehen werden dürfen. Sie kommen gleichzeitig zum Tragen, wobei der Schwerpunkt bei jedem Patienten anders liegt. Insbesondere die Auseinandersetzung des Subjekts mit dem Schmerz und der Bewältigungsversuch über Umwelt sind so eng miteinander verknüpft und

finden gleichzeitig bzw. in einem ständigen Hin- und Herpendeln statt, daß eine Trennung nur schwer möglich ist. Die folgenden Überlegungen sind deshalb nur als theoretisches Modell zu werten, gewissermaßen als Hilfsmittel, um dem Schmerzproblem näherzukommen.

b) Die WYSSschen Modalitäten (WYSS, 1976)

In "Mitteilung und Antwort" beschreibt WYSS vorgegebene menschliche Kommunikationsmodi. "Das Vermögen zu Mitteilung, Aufnahme, Antwort in der Lebenswelt und bei innerorganismischen Vorgängen wurde in Erkunden, Sich-Auseinander-Setzen und Bewältigen aufgeteilt und präzisiert. Für den Menschen gibt sich eine noch differenziertere Aufgliederung in Erkunden, Entdecken, Erschließen, Auseinandersetzen, Binden und Lösen, Aufzeigen, Aufweisen und Bewältigen." ... "Der ganzen Skala der Möglichkeiten, sich denkend, stimmungsvoll, triebhaft, wollend oder fühlend zur Welt oder zu sich selbst zu verhalten, ist immer ein Erkunden, Erschließen, Auseinander-Setzen oder Bewältigen immanent. Denn diese ermöglichen als elementare Kommunikationsmodi in Mitteilung, Aufnahme, Antwort erst die Weisen denkenden, trieb- oder gefühlsbestimmten Verhaltens."

Schmerz trägt zur Erfahrung von eigenem Körper und Umwelt wesentlich bei und besitzt eine große kommunikative Potenz. Im folgenden wird versucht, die WYSSschen Modalitäten zum Schmerzerleben in Bezug zu setzen. Es werden Stufen der intrasubjektiven Auseinandersetzung aufgezeigt und in einer anthropologischen Betrachtungsweise die Bedeutung des Schmerzes für die Entwicklung. Schmerz führt zum einen zu einer Abgrenzung des Individuums von der Umwelt, zum anderen zu einer Aufnahme von Kommunikation. Die einzelnen Modalitäten werden nacheinander behandelt, obgleich ein Ineinandergreifen selbstverständlich ist.

Erkunden

In der Entwicklung des Kindes spielt der Schmerz zunächst nicht primär eine Rolle als zu Erkundender, sondern als Hilfsmittel beim Erkunden der Umwelt und des eigenen Körpers. So lernt das Kind das Spezifische der heißen Herdplatte nur kennen, wenn es den Schmerz beim Betasten fühlt, und es zieht reflektorisch die Hand zurück. BÜRGER - PRINZ (1951) schreibt:"Er (der Schmerz) wirft den Betroffenen auf sich selbst zurück, bringt schon das Kind zur Unterscheidung von Subjekt und Objekt und dient also so der Absetzung eines Individuums von seiner Umwelt, aber auch der Distanzierung von sich selbst."

Für das Erkunden der eigenen Körpergrenze ist der Schmerz wesentlich. Das Kind lernt, nachdem es sich schmerzhaft gestoßen hat, wo es selbst aufhört und das ihm Widerstand entgegensetzende Außen anfängt. Es lernt, die Gegenstände der Umwelt so zu handhaben, daß sie ihm keinen Schmerz zufügen können. Das Kind erfährt durch schmerzhafte Sanktionen, wo seinem Handeln Grenzen gesetzt sind, Grenzen, die zu überwinden die Möglichkeit der schmerzhaften Bestrafung in sich trägt. Indem so die Grenzen der eigenen Person erkundet werden, wird auch der Schmerz erkundet. Dieses Erkunden des Schmerzes ist völlig unreflektiert; dem Kind erscheint der Schmerz noch nicht als etwas Eigenständiges, sondern stets in Verbindung mit einer Grenzüberschreitung und gewissermaßen als Eigenschaft bestimmter Gegenstände.

Entdecken

Das Entdecken des Schmerzes müßte bedeuten, im Schmerz etwas Neues zu sehen insofern, als die Eigenständigkeit des Schmerzes erahnt wird, der Schmerz zu einem eigenen Begriff wird. Auch die Fähigkeit den Schmerz zu lokalisieren zeigt, daß der Schmerz als solcher entdeckt ist. BÜRGER - PRINZ: "Beim Kinde geht die Schmerzallgemeinreaktion in der Entwicklung dem lo-

kalisierten und örtlich begrenzten Primärschmerz vorher." Es ist aus der Pädiatrie bekannt, daß das Kleinkind zunächst jeden Schmerz in den Bauch projiziert, erst später ist eine Lokalisation möglich. Interessant ist, daß in dem Maße, in dem das Kind lernt sich selbst abzugrenzen, es auch fähig wird, den Schmerz richtig zu lokalisieren. Wenn das Kind die Leistung seiner äußeren Abgrenzung aufgebracht hat, kann es seine Energien aufwenden, um den Schmerz in Beziehung zu den Grenzen zu setzen. Es zeigt sich auch beim Erwachsenen, daß dort, wo die Grenzen des eigenen Körpers gefühlt werden, auch Schmerzen lokalisiert werden können, während das Körperinnere sowohl einer Grenzziehung als auch der Lokalisation von Schmerzen unzugänglich bleibt. Bei Erweiterung der Grenzen kommt es zu Aussagen wie: "Der Schmerz ist im Knochen innen drin."

Erschließen

In dem Augenblick, in dem das Kind die Herdplatte aus Angst vor dem Schmerz meidet, hat es auch für sich den Schmerz erschlossen, als es gelernt hat, daß dem Schmerz etwas Unangenehmes anhaftet, etwas Unlusterzeugendes. Es hat gelernt, die Wirkung des Schmerzes auf seine eigene Befindlichkeit einzuschätzen. Es erschließt sich somit auch selbst, indem es die Erfahrung Schmerz mit eigenen Unlustgefühlen koppelt und diese an sich kennenlernt. Daß das Kind das Schmerzerleben erschlossen hat, zeigt sich auch dann, wenn es Schmerzäußerungen anderer zu erfassen vermag, wenn es gelernt hat, aus dem Gesichtsausdruck auf den Schmerz des Gegenübers zu schließen, wenn es erkannt hat, daß es selbst anderen Schmerz zufügen kann und dies z.B. als Machtmittel Geschwistern gegenüber anwendet.

Diese drei aufeinanderfolgenden Stufen im Erleben des Schmerzes scheinen in der Entwicklung des Kindes nahe beieinander zu liegen. Mit zunehmender Reife des Bewußtseins und Stärkung der Persönlichkeit sind diese drei Modalitäten jedem Schmerzerleben eigen.

Es gibt auch beim Erwachsenen Zustände, wo von einem Erschließen des Schmerzes nicht gesprochen werden kann. Das scheint der Fall zu sein z.B. nach der Operation der frontalen Leukotomie, wo das Unangenehme vom Schmerz getrennt ist und so die spezifische, mit dem Schmerzerlebnis verbundene Befindlichkeit wegfällt. Mit diesen Zuständen ist aber auch eine Schwächung der Persönlichkeit verbunden.

Sich-Auseinandersetzen

Die Auseinandersetzung mit dem Schmerz ist eine aktive Leistung, die auf Bewältigung hinzielt, auch wenn diese noch nicht erreicht ist. In der Auseinandersetzung befinden sich nicht alle Schmerzpatienten. Sicher sind alle in diesen Prozeß eingetreten, ein Teil ist darüber hinaus zur Bewältigung gelangt, ein Teil hat sich resignativ zurückgezogen und sich so letztlich hilflos ausgeliefert. Bei letzteren Patienten wurde in der Auseinandersetzung die eigene Thematik von der Gegenthematik Schmerz ausgelöscht. Auch den Patienten, die in der Auseinandersetzung verharren ohne eine Möglichkeit zur Bewältigung zu finden, droht die Zerstörung der eigenen Persönlichkeit.

Ich sehe den Versuch, den Schmerz zu beschreiben, als eine Form der Auseinandersetzung an, die zur Bewältigung führen kann. Sobald Worte gefunden sind und geäußert werden, ist bereits die kommunikative Ebene erreicht, die fast immer einen gewissen Grad an Bewältigung bedeutet.

Binden und Lösen

Binden und Lösen, als Abwenden oder Zuwenden verstanden, kann im Hinblick auf das Schmerzerleben verglichen werden mit Integrierung und Distanzierung bzw. Fragmentarisierung und bedeutet einen Bewältigungsversuch. Binden, sprich Integrieren,

meint ein Annehmen des Schmerzes, ein "Damit Leben", und so ein Hinauskommen über die Auseinandersetzung, die stets die Gefahr der Selbstzerstörung beinhaltet. "Ich leb damit schon 10 Jahre, des war wie ein Stück von mir." (45) Die Möglichkeit, sich der Welt zuzuwenden, bleibt mit diesem Annehmen des Schmerzes bestehen.

Lösen als Distanzieren verstanden bedeutet ein Abdrängen des Schmerzes nach außen. Fragmentarisierung ist psychologisch gesehen ein Fremdhalten des schmerzenden Körperteils und so wiederum ein Vermeiden der zerstörerischen Auflösung. Fragmentarisierung kann allerdings darüber hinausgehen, was phänomenologisch ein Abspalten des schmerzenden Körperteils und damit eine Zerstörung bedeutet. Es ist der psychologische Vorgang, durch den erklärlich wird, daß Patienten einen schmerzenden Körperteil opfern würden, um schmerzfrei zu sein. Lösen als Distanzieren ist eine Möglichkeit der Bewältigung, die Kommunikationsfähigkeit wird aufrechterhalten, da der Schmerz nicht im Mittelpunkt jeglichen Denkens steht; Fragmentarisierung geht dagegen oft einher mit einem ständigen Uneinssein mit dem eigenen Körper und birgt häufig Selbstmordgedanken in sich.

Aufzeigen und Aufweisen

Das Schmerzerleben, das ein völlig einsames Erleben ist, führt viele Kranke dazu, sich mitzuteilen. Schmerz besitzt eine hohe kommunikative Potenz, die meisten Kranken wollen den Mitmenschen ihr Leiden vermitteln. Dies geschieht oft nicht verbal, sondern drückt sich im Verhalten, in Gestik und Mimik aus. Selbst das Sich-Zurückziehen des Migränepatienten hat häufig Appellcharakter, auch hier drückt sich noch der Wunsch aus, zumindest still umsorgt zu werden. Das Schildern des Schmerzes bedeutet ein Aufzeigen und Aufweisen, die Aufforderung, den Schmerz zu beschreiben, kommt dem Wunsch der Kranken nach Kommunikation nach. Die sprachliche

Auseinandersetzung mit dem Schmerz ist als Bewältigungsversuch zu deuten.

Bewältigen

Die Möglichkeiten, den Schmerz zu bewältigen, werden bei der Betrachtung der einzelnen Phänomene der Schmerzbeschreibung näher erläutert.

Auf intrasubjektiver Ebene werden dabei die Integrierung, d.h. das Annehmen des Schmerzes, die Distanzierung, d.h. Abdrängung und Nichtbeachtung, und die Fragmentarisierung, d.h. Ich-fremd-Halten des schmerzenden Körperteils mit der Gefahr der Zerstörung des Ich-Körper-Gefüges dargestellt. Bei der Frage der Bewältigung spielt die dritte Ebene der Schmerzauseinandersetzung, die kommunikative, eine große Rolle. Es wird eingegangen auf sprachliche Schmerzbewältigung, Aufrechterhaltung anderer Interessen und Ablenkbarkeit vom Schmerz, kommunikatives Verhalten des Schmerzkranken und Umwandlung des Schmerzes in Aggressions-Wut.

c) Die Interpretation der Schmerzaussagen

Bevor ich nun auf Schmerzbeschreibungen von Patienten eingehe, soll auf zwei Gesichtspunkte hingewiesen werden, die bei der Interpretation zu beachten sind.

1. Der Untersuchungsgegenstand ist nicht der Schmerz selbst, sondern die Aussage über den Schmerz; im Patienten hat eine Bearbeitung des Schmerzgeschehens stattgefunden, die meiner Untersuchung nicht direkt zugänglich ist. Man kann zwar die Aussagen über den Schmerz vergleichen, muß dabei aber immer beachten, daß damit keinesfalls eine Möglichkeit gegeben ist, den Schmerz selbst zu vergleichen. Die Beschreibung "stechender Schmerz" sagt nicht, daß alle Patienten, die ihren Schmerz so schildern, ihn als gleich empfinden. Die individuelle Abge-

schlossenheit jedes einzelnen wird wegen des je-eigenen Bedeutungsgehalts der Worte aufrechterhalten. Die gleiche Schwierigkeit ergibt sich bei der Beschäftigung mit anderen körperlichen Vorgängen, sei es der Traum, seien es Körpergefühl, Hunger, Durst, Lustgefühl. Sobald man sich der Sprache als Mitteilungsform bedient ist es unmöglich, das ursprüngliche Erleben ohne Verfälschung auszudrücken und zu vermitteln, da die Sprache dem einzelnen einen großen individuellen Interpretations- bzw. Verstehensspielraum läßt.

2. Das Schmerzproblem ist ein sehr komplexes Problem. HENSEL (1966) schreibt, daß die "affektive oder 'protopathische' Unlustempfindung so sehr im Vordergrund" steht, "daß man sich fragen muß: Gehört der Schmerz überhaupt noch zu den Sinneserlebnissen, oder ist er nicht vielmehr ein reiner Affekt?" Die Empfindung eines Schmerzes geht einher mit emotionalen Befindlichkeitsänderungen, die in die Beschreibung miteingehen und die ihrerseits auf die Schmerzempfindung zurückwirken. Dazu kommt die Schwierigkeit, diese Gefühle und Empfindungen adäquat zu formulieren, so daß die Patienten, die meist zum ersten Mal vor der Aufgabe stehen, ein körperliches Geschehen, ohne vom Diagnosebedürfnis des Arztes geleitet zu sein, in Worte zu fassen, sich gewissermaßen von einer Aussage zur anderen vortasten, suchen, oft eine Vielzahl von Beschreibungen liefern, gemachte Aussagen wieder als nicht treffend zurücknehmen. Sie befinden sich in einem ständigen Zweifel, der als positiv zu werten ist, sie müssen immer wieder erneut zum Schmerzgeschehen Stellung nehmen. Je länger eine Schmerzbeschreibung ist, entsteht ein immer heterogeneres Bild mit vielen Aspekten, die manchmal widersprüchlich erscheinen. Ein Weiteres trägt zu dieser Heterogenität der Aussagen bei: die Patienten erleben ihren Schmerz nicht als etwas Einheitliches, immer Gleiches, sondern, abhängig von vielen äußeren und inneren Faktoren, als etwas, das sich laufend in seinem Erlebnisgehalt ändert, das einmal mehr als Wahrnehmung, dann wieder mehr als Gefühl empfunden wird. So wird z.B. aus der Erinnerung ein unerträglicher,

furchtbarer Schmerz geschildert, einige Sätze weiter aber von einer Gewöhnung daran gesprochen.

Körpergefühl und Schmerz

86 von 136 Patienten drücken in ihren Schmerzbeschreibungen eine Veränderung des Körpergefühls aus. Diese große Zahl zeigt, daß das Empfinden von Schmerz sehr oft mit Änderungen des Körpergefühls einhergeht. Zunächst sollen daher einige Überlegungen betreffend das Körpergefühl angeführt werden.

Der eigene Körper wird, solange er seine physiologischen Funktionen erfüllt, nicht bewußt erlebt. Das gilt nicht nur für die im Körperinnern liegenden autonomen Organe, sondern auch für jene Körperteile, deren Funktion wir bewußt steuern können und die uns gewissermaßen vor den Augen liegen. Wenn wir laufen, bedienen wir uns zwar unserer Beine, aber dieses Haben der Beine ist selbstverständlich, und erst wenn die Selbstverständlichkeit des Laufenkönnens nicht mehr besteht, werden wir uns unserer Beine bewußt.

Eine Abweichung von der normalen Funktion bzw. Befindlichkeit, sei es eine Lähmung, seien es Mißempfindung oder Schmerz, aber auch Müdigkeit, führt zum Bewußtwerden unseres Körpers. Helga HAUSMANN (1970) schreibt: "Besinnen wir uns darauf, wann es überhaupt zur Erfahrung der eigenen Leiblichkeit kommt, so müssen wir feststellen, daß es für den Gesunden auf der Ebene des unreflektierten Bewußtseins kein oder fast kein Bewußtsein von seinem Leib gibt... Uns wohlbefindend bleibt unser Leib unentdeckt... Die Möglichkeit der Erfahrung unseres Leiblich-Seins ist uns phänomenologisch offenbar erst gegeben, wenn sich von dem indifferenten Hintergrund des einfach nur gelebten Wohlbefindens irgend etwas Störendes abhebt."

Bis zu einem gewissen Grade hat auch die Umkehrung dieser Aussage Berechtigung. Solange uns unser Körper unbewußt bleibt, ist die normale Befindlichkeit gegeben, sobald wir

uns dessen aber bewußt werden, treten unangenehme Phänomene auf. So werden z.B. unsere Bewegungen unharmonisch, sobald wir sie, etwa durch fremde Blicke irritiert, kontrollieren wollen. Wir werden plötzlich der Steifheit und Schwere unserer Glieder gewahr, wir spüren unsere Bewegungen mit einem gewissen Unbehagen, teilweise stellen sich Mißempfindungen ein. KLEIST (1976) beschreibt im Marionettentheater, wie eine Haltung ihre Harmonie und ihren Charme verliert, sobald sie bewußt wird.

Dem bewußten Spüren des eigenen Körpers haftet meist etwas Unangenehmes an. Wenn man sich im Sitzen seiner übereinandergeschlagenen Beine gewahr wird und ihnen nicht sofort seine Zuwendung wieder entzieht, sondern sich auf das Fühlen der Beine konzentriert, macht man die Erfahrung, daß die so lange ungezwungen eingenommene Haltung nach kurzer Zeit unangenehm wird, und man wird gleichsam gezwungen, eine andere Stellung einzunehmen.

Die Frage, die sich bei diesen Überlegungen aufdrängt, ist, woher kommt es, daß das bewußte Erleben eines Körperteils unangenehm ist, ja zu Mißempfindungen führt?

Was geschieht, wenn ich die Haltung meiner übereinandergeschlagenen Beine bemerke? Ich spüre plötzlich das Zucken des Unterschenkels mit dem Pulsschlag, die Schwere, die Kälte. Dann bemerke ich, daß ich zwar ein Bein auf dem anderen fühle, daß ich aber nicht in der Lage bin zu sagen, wo an der Stelle, an der sich beide Beine berühren, das eine aufhört und das andere anfängt. Es ist ein unangenehmes, ja sogar beängstigendes Gefühl des Ineinanderübergehens, des Nicht-Abgegrenzt-Seins. Es gibt zwischen den übereinandergeschlagenen Beinen einen Bereich, der der Außenwelt angehört, der Nicht-Ich ist, aber ich kann den Übergang von Ich zu Nicht-Ich nicht wahrnehmen. Ich erlebe eine Veränderung des für mich normalen Körpergefühls, die ich als Entgrenzung kennzeichnen würde, ich erlebe plötzlich beide Beine als eine Einheit, die sich in meinem Bewußtsein nur schwer aufheben läßt.

Wenn ich nun dieses Phänomen näher betrachte, stelle ich fest, daß nicht nur dort, wo meine Beine sich berühren, keine Grenze gezogen werden kann, sondern daß dies für meinen ganzen Körper zutrifft. Ich kann, sobald ich bewußt danach suche, den Umschlag von Ich zu Nicht-Ich nicht spüren. Ich kann nicht sagen, wo die Welt außerhalb meiner, die ich mit den Sinnen aufnehme, umschlägt in die Welt in mir.

Der Begriff der Grenze, wie ich ihn hier gebrauche, fällt nicht mit der Begrenzung im anatomischen Sinne zusammen; meine anatomische Begrenzung ist eine feste Größe, die ich zwar auch nicht bewußt fühlen kann, die ich aber doch mit meinen Augen abfahren kann. Ich kann sagen, dieser Körperteil ist innerhalb meiner anatomischen Begrenzung, also gehört er zu mir.

Die Grenze dagegen, als der "Ort des Umschlags meines Außen nach meinem Innen et vice versa" (LÜTZENKIRCHEN) ist normalerweise mit meinen Sinnen nicht zu bestimmen.

Ich möchte nun anknüpfen an das, was ich oben über das bewußte Spüren meiner Beine gesagt habe.

Je länger ich versuche, mir meines Beines bewußt zu werden, um so mehr verändert es sich. Es wird vor allem größer und schwerer, ich bekomme das Gefühl, nur noch aus einem nicht genau strukturierten Bein zu bestehen. Gleichzeitig wird es mir fremd, es wird zu einem Ding, das nicht mehr so selbstverständlich zu mir gehört wie vorher. Dadurch, daß ich nur noch das Bein fühle, spüre ich ja nicht mehr meinen ganzen Körper, zu dem das Bein gehört, sondern es ist wie eine Kluft zwischen mir und meinem Bein. Und plötzlich bekomme ich das nicht stillbare Bedürfnis, mein Bein zu bewegen, wie um festzustellen, daß es noch zu mir gehört.

Man kann diese Betrachtung ausdehnen und feststellen, je mehr ich mich bewußt mit einem Körperteil beschäftige, um so unangenehmer und fremder erscheint er mir, und bei diesem Phänomen spielt das Gefühl der Entgrenzung eine wichtige Rolle.

Ich erwähnte zu Beginn dieses Kapitels, daß sowohl Mißgefühl als auch Schmerz uns unseren Körper bewußt machen. Beide können zu einer Entgrenzung und Verfremdung führen. Mißgefühle werden mitunter ebenso unangenehm empfunden wie Schmerz. Häufig steht dieses unangenehme, fremde Gefühl so im Vordergrund, daß es mitunter schwer ist, zu sagen, ob eine unangenehme Befindlichkeit bereits schmerzhaft ist oder nicht. Bei Sinnesempfindungen wie Jucken oder Kribbeln trifft dies besonders zu. Ein Juckreiz kann ebenso unerträglich sein wie Schmerz, er kann den Patienten zum Suizid treiben, dennoch ist es schwierig zu sagen, ab wann und ob überhaupt ein Juckreiz als schmerzhaft empfunden wird.

Diese Unsicherheit bei der Frage Schmerz oder Mißempfindung ist auch in den Schmerzbeschreibungen einiger Patienten deutlich. Sie drücken aus, daß der Übergang von verändertem Körpergefühl zu Schmerz fließend sein kann und oft nicht genau zu bestimmen.

Auffällig ist, daß manche Patienten Kribbeln, Ameisenlaufen, Elektrisieren, Druck, Brennen als Mißempfindung beschreiben, andere als Schmerz. Es gibt dafür zwei nicht zu trennende Gründe; zum einen meint die Bezeichnung Ameisenlaufen nicht bei jedem die gleiche Empfindung, so daß unter diesem Begriff verschiedene Intensionen und damit mehr oder weniger schmerzhafte Zustände subsummiert sind; zum anderen ist es von der je-spezifischen Situation und Persönlichkeit des Kranken abhängig, ob die gleiche Empfindung als schmerzhaft erlebt wird oder nicht.

Auf die unterschiedliche Schmerzempfindlichkeit, die vor allem vom perzeptuellen Stil eines Individuums abhängt, weisen ADLER und LOMAZZI (1974) hin. Sie beschreiben den Libman (Styloiddruck)-Test, mit dem die Patienten eingeteilt werden können in 0 sensitiv, + sensitiv und +++ sensitiv. Die hyposensitiven Patienten (0 und +) äußerten nur wenig Schmerz oder an seiner Stelle "Substitutionsphänomene" wie Brennen, Völlegefühl, Druck, Prickeln, Ameisenlaufen usw., oder "Er-

satzsymptome" wie Dyspnoe, Husten, Aufstoßen.

In der Schmerzbeschreibung einer 47jährigen Medizinalrätin, die an einem Diskusprolaps in L5/S1 operiert worden war, kommt das oben Dargelegte besonders gut zum Ausdruck. "Mißgefühl, verändertes Körpergefühl, schwillt so an, daß es dann zum Schmerz wird; man kann nicht sagen, ob es schon Schmerz ist oder nicht; man muß sich sagen, es ist ein schönes Gefühl; unerträglich ist es nicht, aber sehr lästig, immer so ein lästiges Gefühl." (16)

Auch die Beschreibung "komisches Gefühl", die einige Kranke für ihren Schmerz wählen, zeigt, daß sie sich der Schmerzhaftigkeit ihrer Empfindung nicht sicher sind. Sie drücken damit eine seltsame Ambivalenz, einen Zweifel aus, der zeigt, daß das Schmerzerleben nicht exakt definierbar ist und vor allem keinen genau abgrenzbaren Erlebnisbereich darstellt.

Das anthropologische Grenzmodell und das tiefenpsychologische Modell der Fragmentarisierung

Wie bereits gesagt, wird der Körper, solange er sich wohlbefindet, nicht bewußt erlebt. Dieses unbewußte Haben-des-Körpers fällt zusammen mit dem Körper-Sein; Ich und Körper sind eins. Auch die Grenze von Ich zu Nicht-Ich, von Innen zu Außen, ist, solange sie nicht bewußt gesucht wird, selbstverständlich, eine Grenzauflösung daher nicht möglich.

Dem Schmerz ist es nun immanent, nur in einem wachen Organismus erlebt zu werden, und indem der Schmerz bewußt wird, wird zugleich der Körper bewußt, und zwar als veränderter. Es ist typisch für das Empfinden des Schmerzes, daß gleichzeitig damit der Körper als verändert erlebt wird. Organe, bisher unbemerkt im Körperinnern, werden wahrgenommen, Teile des Körpers, die keine Zuwendung erfuhren, verlangen Aufmerksamkeit. FREUD schreibt in "Hemmung, Symptom und Angst" (1948), daß es bekannt sei, "daß wir, bei Schmerzen in inneren Organen, räumliche und andere Vorstellungen von solchen Körperteilen be-

kommen, die sonst im bewußten Vorstellen gar nicht vertreten sind". Ein schmerzender Körperteil wird in dem Moment, in dem er sich unangenehm in den Vordergrund drängt, vom Ich libidinös besetzt (FREUD, Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1940).

Diese verstärkte Zuwendung des Ich zum schmerzenden Körperteil geht einher mit einer Auflösung der bisherigen Grenzen und wird z.B. als Größenzunahme beschrieben. "Früh da mein ich, die Finger sind noch amal so dick." (70); "Als ob ich so 'ne dicke Sohle hätte." (18). Das Ich als Organisator der Grenze ist dazu nicht mehr in der Lage, da ein Teil der libidinösen Energie, die zur Aufrechterhaltung der Grenzen des gesamten Ich-Körper-Gefüges notwendig ist, abgezogen und auf den schmerzenden Teil verlagert ist.

Viele Schmerzkranke beschreiben dieses Phänomen der Grenzerweiterung und Grenzauflösung. Dem normalen Empfinden nicht zugängliche Strukturen und Organe werden erlebt und als verändert und schmerzhaft beschrieben. "Wie wenn die Vene eng wäre und man mit einer Stahlbürste über wundes Fleisch fahren würde." (16'); "Es hat im Knochen da drin so gekrabbelt." (28). Größe und Gewicht der schmerzenden Körperteile nehmen zu (siehe Beispiele oben), Bilder des Sich-Öffnens, Platzens, Abbrechens werden geschildert. "Da mein ich grad, Feuer ist im Finger und die Finger müßten sich weiten und es müßte raus." (104); "So'n Druck, so 'ne Spannung unter der Oberfläche, wie wenn es den Kopf sprengen wollte." (100); "Dann denk ich, das Kreuz bricht auseinander." (54). Teile des Körpers werden als nicht mehr zu ihm gehörig, als tot erlebt. "Wie so taub, als wenn kein Leben drin wäre." (46) (weitere Beispiele dazu auf den Seiten 39 - 41).

Diese Schmerzbeschreibungen zeigen, daß der Schmerz, der ja einerseits dazu hilft, die Grenzen aufzubauen, andererseits eine große Gefahr für eben diese Grenze bedeutet. Die Frage, die hier auftaucht, ist, ob dem Versuch, bewußt seine Grenzen abzutasten, was ja beim Erleben von Schmerz häufig ist, die Gefahr der Entgrenzung immanent ist. Das Ich ist womöglich

seiner Aufgabe als Organisator der Grenze nur solange gewachsen, als diese unbewußt bleibt. Durch den Schmerz wird der Körper bewußt, und mit diesem Bewußtwerden geht eine Entgrenzung einher.

Den Schilderungen der Patienten, die ihren Schmerz mit dem, wie er bei der Abspaltung von Körperteilen entstehen könnte, vergleichen, kann man sich außer mit der anthropologischen Interpretation der Grenzauflösung auch mit einer Ich-psychologischen Interpretation nähern. Der Schmerz, der zunächst eine verstärkte Zuwendung des Ich zur schmerzenden Stelle bewirkt, führt mit zunehmender Dauer zu einer Entfremdung. Der schmerzende Körperteil wird als Ich-fremd erlebt, er wird zu einem Es, das dem Ich Schmerz zufügt. Das drückt sich in der geläufigen Rede aus: "Mein Arm tut mir weh." Helga HAUSMANN (1970) dazu: "Mit dem Prozess des Heraustretens eines Organs aus dem Körpergesamt läuft ein anderer parallel. Die erlebnismäßig hervortretenden Körperteile, das Bein, der Kopf, die Hände, erhalten eine gewisse Selbständigkeit. Mein Leib beginnt sich vom Ich zu spalten, gleichsam zu distanzieren. Die Zusammengehörigkeit zwischen mir und meinem schmerzenden Körper droht sich aufzulösen. Mit zunehmendem Grad der Ablösung von mir wird er mir fremd. Es kommt zu einer relativen 'Entzweiung' von Ich und Leib, die ich in der Art erfahre, daß sich mein Ich aus dem schmerzenden Teil in den gesunden zurückzieht und zu einem peinigenden quälenden Gegenüber wird." Das Ich, dem der schmerzende Körperteil fremd geworden ist, ist nun bestrebt, sich von ihm abzusetzen, ihn zu opfern, ihn abzuspalten.

BRANN (1973) schreibt, daß der psychologische Vorgang, einen Teil des Ichs in ein Fremdes Es zu verwandeln, den Weg dafür bereitet, das "Es" loszuwerden. Das Loswerden des Schmerzes bedeutet in vielen Fällen ein Loswerden des affizierten Ich- oder Körperteils. Bis das Ich bereit ist zu dieser Abspaltung, findet ein Kampf statt zwischen Tendenzen, die das Körpergesamt erhalten wollen und solchen, die zu einer Trennung neigen.

PLÜGGE (1970) schreibt, daß die Entfremdung eines Körperteils im Schmerz und die vermehrte Zuwendung zu ihm Hand in Hand gehen.

Diese Ambivalenz zeigt sich auch, wenn Patienten die Gefühllosigkeit in einem Körperteil als beängstigender empfinden als den Schmerz. Der gefühllose Körperteil wird bereits als abgetrennt, als tot, erlebt. Schmerzen zu erdulden und dadurch zu wissen, daß ein Körperteil noch vorhanden ist, ist mit weniger Angst verbunden, als ihn als tot zu erleben. Die Patienten, die Abspaltungstendenzen beschreiben, sind bewußt nicht bereit, sich vom Körperteil zu trennen. Sie schildern aber sehr gut, was unbewußt in ihnen abläuft. "Hier war's so, als möchte das Fleisch abfallen" (47) meint, daß die schmerzende Stelle vom Ich abfällt, entfremdet wird.

Ausgeliefertsein an den Schmerz und Schmerzzufügung von außen; Modell der Umwandlung von Schmerz in Aggressions-Wut

14 Patienten drücken in ihrer Schilderung eine äußerste Passivität, ein Erduldenmüssen aus. Sie schildern den Schmerz als etwas, dem sie hilflos ausgeliefert sind. Der Schmerz erscheint den Patienten als etwas von außen Verursachtes, gegen das man sich nicht zur Wehr setzen kann. Dieses Ausgeliefertsein wird ausgedrückt durch die Passivform, dem Patienten wird etwas angetan. In den Beschreibungen wird kein Gegner genannt, der den Schmerz erzeugt und gegen den man mit Aggressionen reagieren könnte. Die Ausweglosigkeit des Erduldenmüssens wird heraufbeschworen. Besonders eindrucksvoll kommt dies in der Schmerzbeschreibung einer 32-jährigen Großhandelskaufmännin mit depressiven und zwanghaften Zügen, die an Migräne leidet, zum Ausdruck. "Wie ein Stich, wie wenn noch mehr gebohrt wird, wie ein bohrender Schmerz; ein furchtbar bohrender Schmerz und dann der Druck; als wenn der gesamte Kopf in einem Eisenring sitzt und so zugedrückt wird; Gefühl, als wenn 'ne dicke Nadel hierin steckt und der Eisenring um den Kopf wär; wenn ich da-

von aufwache, dann bin ich ganz machtlos, da bin ich denen ausgeliefert; wenn ich aufwache davon, bin ich rettungslos verloren." (74)

Eine 44-jährige Kontoristin, die an einem Tumor mit den Symptomen der Trigeminusneuralgie leidet, beschreibt: "Des kam, ging, kam, ging, mit einer Wucht; so als würde man mit einem Stacheldraht so durch die Gegend ziehen; manchmal mein ich, die oberen Zähne würden von oben in den Mund gestoßen und die unteren von unten rein; wie wenn man den Nerv aus dem Zahn zieht; des breitet sich aus; es is einfach, als würd man mit Nadeln losgehen, oder es funkt, oder man an Schlag kriegt." (45)

Dieses Gefühl des Ausgeliefertseins, der völligen Hilflosigkeit, hat einen großen Anteil daran, den Schmerz zu einem echten Leiden zu machen. Etwas erleiden ist immer mit der Passivität des Leidenden verbunden, wobei diese Passivität einhergeht mit innerer Auflehnung, Resignation oder Verzweiflung. Es ist kein Ertragen des Schmerzes im Sinne von Annehmen, denn damit wäre die absolute Passivität durchbrochen, da es sich um einen bewußten Akt, der zur Bewältigung führen kann, handelt.

BUYTENDIJK (1948) stellt diese beiden Formen des Erleidens gegenüber, hier das hilflose, sinnlose Ausgeliefertsein, das "gezwungene Duldenmüssen", dort das Auf-sich-Nehmen und Annehmen des Schmerzes, die "gelassene Duldung".

Betrachtet man die Beschreibungen, bei denen "jemand, einer" den Schmerz verursacht, nach phänomenologischen Gesichtspunkten, so ist das völlig machtlose Ausgeliefertsein durchbrochen. Der Patient beschreibt einen anderen, der ihm den Schmerz zufügt. Die Projektion des Schmerzes nach außen, als etwas Fremdes, drückt sich in diesen Aussagen sehr stark aus. Dieser Vorgang ist als ein Bewältigungsversuch zu werten, als ein Schutz des Ich, das den Schmerz eher bekämpfen kann, wenn es nicht selbst für seine Entstehung verantwortlich ist. BRANN (1973) schreibt dazu: "Indessen erscheint rein phänomenologisch der Schmerz dem bewußten Ich nicht als Teil seiner selbst, sondern als etwas Fremdes, etwas, was dem Ich zu-

stößt, wobei das Ich sozusagen das Opfer äußerer Kräfte wird." "Wenn man den Schmerz als Ergebnis psychischer Prozesse ansehen muß, statt als etwas, das der Psyche von außen angetan worden ist, so scheint man damit die wichtige Arbeit des Ich zu untergraben, die in der Kontrolle des Schmerzes besteht, d.h. die Konvertierung des Schmerzes in einen ich-fremden Zustand."

Dieser jemand, der den Schmerz verursacht, ist aber tatsächlich ein Teil des Ich, das seinen Schmerz ja selbst erzeugt. Die Beschreibung könnte an eine nicht mehr kompensierte Doppelgängerfunktion oder an den Jungschen Schatten erinnern.

Die Beschreibungen, in denen jemand, oft auch mit Hilfe von Gegenständen Schmerz erzeugt, bzw. in denen das hilflose Ausgeliefertsein zum Ausdruck kommt, erinnern an die Beeinflussungserlebnisse und Halluzinationen von Körperempfindungen Schizophrener. Im Lehrbuch der Psychiatrie von Eugen BLEULER (1975) steht: "Die Halluzinationen der Körperempfindungen bieten eine unendliche Mannigfaltigkeit. Die Patienten werden geprügelt, gebrannt, mit glühenden Nadeln gestochen, die Beine werden ihnen kleiner gemacht, die Augen herausgezogen, die Lunge angesaugt, die Leber herausgenommen, an einen anderen Ort versetzt, der Körper wird auseinandergezogen und zusammengepreßt wie eine Ziehharmonika, eine Kugel läuft an der Schädeldecke von der Basis zum Scheitel, das Gehirn wird zersägt, der Herzschlag gehemmt oder beschleunigt, der Harn abgezogen oder zurückgehalten." Die Schmerzpatienten schildern ihren Schmerz als Vergleich: "Es ist, als ob ..."

"Als drücke jemand das Herz zusammen; nimmt mir die Luft weg; als wäre jemand drin und drücket mir das Herz zu und nimmt mir die Luft weg." (11); "Als hätte ich so ein Hefestück im Kopf und das dehnt sich; als hätte ich Nähte, die zerren; als würde etwas ticken an die Schädeldecke; wie Antennen, die da raus gehen, wie Hörner." (102); "Und dann krieg ich an Stich, als wenn einer mit ner Nadel reinstechen würde; also die Schläfen, des Stechen und der ganze Kopf ist ein Druckgefühl,

als ob etwas draufliegt; da mein ich als jeden Moment, mein Kopf, der zerspringt; da mein ich grad, wie so'n Glas, da is ein Stich und aus wars; pochen ja, manchmal hab ich so, als ob jemand dran pumpern tät." (87); "Da krieg ich so an Schädel als wenn des fest gewickelt wär, da könnt ich gegen die Wand rennen; als wenn der Kopf gewickelt wär; (LWS-Bereich) Des zieht nach oben, und irgendwie so'n Druck ist des drauf; wie wenn ich gestaucht wär; als wenn ich frisch angezogen wär, die Haut so straff; (während der Menses) Gefühl, als ob's den letzten Rest rauszieht." (80) Würden die gleichen Bilder als tatsächliche Erlebnisse geschildert, so würde man sie als Wahnvorstellung werten. Der Schmerz führt ja, wie bereits erwähnt, zu einer Ich-Körper-Entfremdung und einer Spaltung von Ich und Leib. Der Ausdruck "außer sich" sein vor Schmerz, "wahnsinnig" vor Schmerz, verbildlicht diese Entfremdung. Der psychische Zustand eines Schmerzkranken ist labil, das Körperempfinden ist oft dem eines psychisch Kranken ähnlich.

Interessant ist, daß beim Vergleich mit Tieren, die den Schmerz verursachen, nur kleine Tiere beschrieben werden: Ameisen, Käfer, Fliege, Floh, Würmer, tausend Lebewesen. Das erinnert an den Dermatozoenwahn, wo die Patienten davon überzeugt sind, sie hätten auf und in ihrer Haut Tierchen, Ungeziefer, Würmchen, Parasiten oder Mikroben (SCHULTE, TÖLLE, 1975).

Von anthropologischer Seite wird das Phänomen "Schmerz als ein von außen Verursachter" zurückgeführt auf eine archaische Urform. BILZ (1971) schreibt: "Es scheint, daß der archaische Mensch generell unter der Gleichung Schmerz = Feind stand, das heißt der Affekt-Ableitung ausgeliefert war, so daß auch Eingeweide-Schmerzen z.B. als feindbezogen hingestellt wurden. Es liegt eine Personifizierung vor, wenn man von den Schmerzanfällen spricht, denn der Ausdruck 'anfallen' weist auf Feinde hin, wobei es sich auch um dämonische Gestalten handeln kann."

In dieser Gleichung Schmerz = Feind steckt eine Möglichkeit zur Schmerzbewältigung, da eine Verwandlung des Schmerzes in

Aggressions-Wut möglich ist. Beispiele aus Kriegszeiten zeigen, daß körperliche Schmerzen während des Angriffes oft nicht wahrgenommen werden (BEECHER, 1945). BILZ (1971): "Man könnte an ein physikalisches Gleichnis erinnert werden: Energieformen können sich in andere Energieformen verwandeln. Mit Hilfe des Blattgrüns setzt sich das Licht der Sonne, d.h. eine Strahlungsenergie, in chemische Energie, nämlich in Zukker, um, und so verwandelt sich, wenn ich dazu die Analogie bilden darf, der Schmerz in die Aggressions-Wut... Angriffs-Erregung und Schmerz-Erleben schließen sich aus, so daß, um bei dem Gleichnis energetischer Umsetzung zu bleiben, zunächst die eine der beiden Energieformen dominiert, ... Die Tatsache, daß das Schmerz-Erleben nachläßt, wenn sich Aggressionen manifestieren, ist seit langem bekannt." Auch die Erzeugung des Schmerzes durch Gegenstände oder Tiere, ein oft gewählter Vergleich der Patienten, schiebt die Ursache des Schmerzes vom Ich weg auf etwas Fremdes, außerhalb des Körper-Ich Stehendes, was wiederum die Umwandlung in Aggressions-Wut ermöglicht. BILZ (1971): "Werkzeuge dieser Art setzen feindliche Kräfte voraus, etwa feindliche brachiale Gewalt."

Als eine Weiterentwicklung ist nach dieser anthropologischen Auffassung von BILZ das Akzeptieren des Schmerzes als eigener zu sehen. BILZ (1971): "Ich sehe in diesem Mein die Überformung einer archaischen Urform: man bekennt sich zu seinem Schmerz." In diesem Sinne könnte man auch die Aussagen der Patienten verstehen, die sich selbst als Verursacher ihres Schmerzes schildern, z.B. "Ich würde die Hand festhalten und zieh daran." (67) "Dann geht des, wie wenn ich an Kaugummi nimm und zieh so ausanander." (35)

Phänomenologisch betrachtet wird in den Schilderungen vieler Schmerzpatienten die Schmerzerzeugung durch einen äußeren Feind dargestellt: "Wie wenn man an Bohrer nimmt und bohrt den Knochen an; also wie wenn da drinnen was bohrt; es war, wie wenn man mit der Bohrmaschine in Knochen haut." (33) "Wenn ich nachts im Bett gelegen bin, hab ich gedacht, ich lieg auf lauter Ameisen, so hat das gekitzelt; als amal hab

ich gedacht, mir haut einer a Messer ins Kreuz rein." (34)
Die Umwandlung in Aggression richtet sich allerdings meist gegen den eigenen Körper, da ja dem Kranken bewußt ist, daß die Ursache des Schmerzes in ihm selbst liegt, er beschreibt auch immer "als ob". Zunächst suchen allerdings viele Patienten nach äußeren Ursachen für den Schmerz, z.B. falsche Lebensweise, schlechtes Essen, schwere Arbeit. Wenn das gefunden wird, also ein "äußerer Feind" da ist, ist das Ertragen von Schmerz häufig vorübergehend leichter, sicher auch, weil die Hoffnung, durch Beseitigung des "äußeren Feindes" den Schmerz zu lindern, besteht.

Selbstzerstörerische Tendenzen; Aggressivität gegen die eigene Person als Urheber der Schmerzen

"Des is ein ganz stechender, bohrender Schmerz, manchmal meint man so, daß man's nicht ertragen könnt, daß man am liebsten was nehmen könnt und reinschneiden, daß' Luft gibt; ich hab gesagt, ich nehm a Messer und schneid alles auf." (70); "Da krieg ich so an Schädel, als wenn des fest gewickelt wär, da könnt ich gegen die Wand rennen." (80); "Ich konnt's nicht mehr aushalten, ich hab mich gekrümmt vor Schmerz; soll ich dich erschießen, ich hätt ja gesagt." (96)
Die Bilder der Selbstzerstörung, die die Patienten geben, können vom anthropologischen Gesichtspunkt, den BILZ liefert, aus angegangen werden. Dies wäre auch ein möglicher Versuch, die Psychodynamik des Suizids, der wegen unerträglicher Schmerzen begangen wird, zu begreifen.

Die Umsetzung des Schmerzes in aggressive Impulse, wie sie BILZ als charakteristisch für den archaischen Menschen und für die Tiere sieht, wurde bereits erwähnt. Ein Annehmen des Schmerzes als eigener und auch als selbst-erzeugter ist laut BILZ eine Umformung der archaischen Urform. Wenn nun diese Umformung nicht vollständig gelingt, d.h. mit der Annahme des Schmerzes als "mein" nicht die Gleichung Schmerz = Feind auf-

gegeben wird, so muß sich die Aggressivität folgerichtig gegen die eigene Person, die jetzt selbst Schmerzverursacher und damit Feind ist, richten. Nimmt man die psychoanalytische Erklärung dazu, die besagt, daß eine Innenwendung der Aggression zur Depression führt, so ist damit die Grundstimmung vieler Schmerzpatienten verständlich und ein weiterer Baustein zum Begreifen einer suizidalen Handlung geliefert (BECKMANN und RICHTER, 1975).

Es ist dies natürlich nur ein möglicher Deutungsversuch, der abstrakt und fremd anmutet. Es erscheint verständlich, daß jemand, der von einem chronischen Schmerz geplagt wird, Selbstmordgedanken äußert, da er nur im Tod eine Möglichkeit sieht, die Schmerzen nicht ertragen zu müssen. Ich denke aber, daß es durchaus zulässig ist, von einem phänomenologischen Standpunkt aus eine Eigenaggressivität zu interpretieren, die gegen die eigene Person als die schmerzverursachende gerichtet ist.

Die Rolle des Schmerzes in der Suizidalität wird deutlich, wenn KREITMANN (1980) schreibt, "daß nicht weniger als die Hälfte der Suizidfälle mit schmerzhaften oder zur körperlichen Behinderung führenden somatischen Krankheiten einhergehen". Sicher sind Patienten, die von Selbstmord sprechen, nicht unbedingt suizidal, in dieser Äußerung drückt sich aber in jedem Fall ein hohes Maß an Selbstentfremdung aus.

Ein weiterer anthropologischer Interpretationsansatz ist folgender: Der Schmerz bedeutet, wie im Kapitel Schmerz und Körpergefühl beschrieben, eine Gefahr für die Grenze. Wenn die Grenze nun durch den Schmerz zerstört ist und keine Möglichkeit zur Reintegration, sprich Bewältigung, mehr besteht, so ist eine Fortführung der Destruktion konsequent.

Tiefenpsychologisch kann man die Tendenz zur Selbstzerstörung mit zwei Theorien erläutern.

Im Schmerz setzt sich das Ich vom Körper ab. Wenn diese Absetzung so total ist, daß sie über den Bewältigungsversuch der Fragmentarisierung von einzelnen Teilen des Körpers hinaus-

geht, so können aus dieser Selbstentfremdung aggressive Tendenzen gegen den eigenen Körper, der als schmerzerzeugendes ich-fremdes Etwas zerstört werden muß, resultieren.

Nach der Narzißmustheorie von HENSELER (1974) sind bei einem Menschen, der narzißtisch gekränkt ist, die psychodynamischen Voraussetzungen für eine Selbstzerstörung geschaffen. Die Schmerzpatienten sind häufig in ihrem Selbstwertgefühl getroffen. Sie sind narzißtisch gekränkt durch den Schmerz selbst, der gerade sie getroffen hat, und durch die damit verbundenen vermeintlichen oder echten Ungerechtigkeiten, denen sie durch die Umgebung ausgesetzt sind.

Diesen vier Erklärungsversuchen (Innenwendung der Aggression, Grenzauflösung, Selbstentfremdung und Absetzen des Ich vom Körper, narzißtische Kränkung) ist eines gemeinsam: eine adäquate Verarbeitung des Schmerzes, eine Bewältigung ist nicht erfolgt. Der Versuch, den Schmerz zu integrieren, führte zur Innenwendung der Aggression, der Versuch zur Distanzierung und Fragmentarisierung zum Absetzen des Ich vom Körper.

d) Der Gesamteindruck der Schmerzbeschreibung unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung

Nun soll der Gesamteindruck der Schmerzbeschreibung unter dem Gesichtspunkt der Bewältigung betrachtet werden. Wie bereits vorne erwähnt, wurden die Schmerzschilderungen der Patienten nach dem Grad der Schmerzbewältigung, den sie ausdrücken, eingeteilt. An sprachlichen Kriterien wurden die Adjektive, mit denen der Schmerz beschrieben wird, sowie Aussagen, die auf eine affektive Beteiligung schließen lassen, herangezogen. Je mehr eine Person vom Schmerzgeschehen überwältigt und "erfüllt" ist, desto affektbeladener werden die Beschreibungen. HENSEL (1966) erwähnt, daß manche Untersucher zwischen den völlig schmerzfreien Empfindungen und dem eigentlichen, unangenehm affektbetonten Schmerz noch einen Bereich annehmen, der etwa mit den Ausdrücken "stechend, scharf, bei-

ßend, brennend" zu umschreiben ist. Es fehle diesen Empfindungen die typisch negative Affektkomponente.

BAILEY und DAVIDSON (1976) treffen auch eine Unterteilung der Schmerzadjektive in affektiv-bewertende und sensorische und setzen sie in Beziehung zum Grad der Bewältigung.

In dieser Arbeit gehe ich davon aus, daß Patienten, die ihren Schmerz mit sensorischen Adjektiven wie "stechend, brennend, reißend, ziehend" usw. oder auch mit gefühlsentleerten Vergleichen, "wie wenn Nadeln reinstechen", "wie ein elektrischer Schlag", "wie Brennesseln", beschreiben, den Schmerz distanziert betrachten, auch wenn sie sicher im Augenblick eines starken Schmerzes getroffen sind. Diese Distanz ermöglicht es ihnen, frei zu sein für andere Interessen, für ihre Arbeit, für ihre Umgebung. Sie haben den Schmerz bewältigt. Patienten, die affektive Beschreibungen geben, sind vom Schmerzgeschehen eingenommen, sie sind "besetzt", entweder durch das ständige Sich-dagegen-Auflehnen oder die Resignation, die auch keine aktiven Bewältigungsversuche zuläßt. Viele beschreiben, was in ihnen vorgeht. Sie sind "besessen" vom Schmerz, das Wort wahnsinnig, das früher auf diejenigen angewandt wurde, die als besessen, z.B. vom Teufel, galten, ist häufig. "Wenn man die (Schmerzen) dauernd hätt und könnt nichts dagegen machen, ich glaub, man tät blöd werden" (69); "Da meint man als, man schnappt über" (56); "Wo der Puls ist, da sticht es wahnsinnig; der Arm der macht mich verrückt, ich kann nicht mehr so weiterleben; ich sag Ihnen, des is so furchtbar, ich dreh bald durch; die Schmerzen lassen mich nicht los, wahnsinnige Schmerzen" (104). Gerade die letzte Beschreibung zeigt deutlich, wie überwältigt und "vom Schmerz besessen" die Patientin ist. Ihr ist eine Bewältigung nicht möglich, da der Schmerz ihre Energie aufbraucht und keine anderen Gedanken als an ihn zuläßt.

Häufig wird mit Worten wie "unerträglich, furchtbar" das Überwältigtsein ausgedrückt. Wie eng dieses Überwältigtsein mit einer Einschränkung der Kommunikationsfähigkeit und mit einer

Handlungsunfähigkeit einhergeht, zeigen einige Beschreibungen: "Der Schmerz macht mich so fertig, da kann ich kaum an Schritt machen" (96); "Dann hab ich nur noch im Traumzustand gelebt; es war unerträglich; da hat der Schmerz die Tränen rausgepreßt" (98); "Da tut des so weh, daß ich mir nicht mehr helfen kann; da könnt ich weinen; mir wars halt so zum Heulen" (91). Die Schilderung "zum Heulen" drückt eine starke Resignation aus. Weinen bedeutet Überwältigtsein, keinen Ausweg mehr sehen, es ist ein Zeichen von Aufgeben. Ein Ansatz für aktive Bewältigung besteht nicht.

Gewöhnung an den Schmerz; das tiefenpsychologische Modell der Bewältigung über Integration und Distanzierung

Da Aussagen wie "Ich hab mich schon an den Schmerz gewöhnt" meistens Ausdruck eines hohen Grades an Bewältigung sind, sollen sie im Kontext des vorhergehenden Abschnittes behandelt werden.

13 Patienten sprechen in ihrer Schmerzbeschreibung spontan von einer Gewöhnung an den Schmerz bzw. davon, sich damit abgefunden zu haben. Zwei von ihnen wurden von mir in die Gruppe der Patienten eingeordnet, die ihren Schmerz nur wenig oder nicht bewältigen konnten. Die Schilderungen sind nicht nur nüchtern, einige sind sehr affektgeladen, und es scheint ein Widerspruch zu bestehen, wenn dann von Gewöhnung gesprochen wird. Getroffensein und "Gewöhnung" schließen sich nicht aus. Dies wird auch deutlich, wenn man die kommunikative Situation dieser Patienten betrachtet. Fünf von ihnen geben an, sich während starker Schmerzen zurückzuziehen, sie können sich auch vom Schmerz nicht ablenken. Bei den restlichen 8 Patienten spielt die Kommunikation eine große Rolle, drei geben spontan an, sich durch Gespräche und Zusammensein mit anderen vom Schmerz ablenken zu können.

Diese Zahlen, die allerdings wegen der kleinen Stichprobe nicht signifikant sein können, zeigen, daß neben dem kommunikativen Verhalten während der Schmerzattacken auch das Verhalten während der schmerzfreien Zeit bzw. der Stunden, in denen der Schmerz weniger stark ist, betrachtet werden muß. Die fünf Patienten, die sich während starker Schmerzen "getroffen" zurückziehen, sind in der Lage, sobald der stärkste Schmerz vorüber ist, wieder am Leben, das um sie herum abläuft, teilzunehmen, sie haben den Schmerz eingebaut in ihr Leben, sie haben sich daran "gewöhnt", damit zu leben.

Die Aussage: "Ich habe mich daran gewöhnt" ist zunächst unverständlich. Es kann damit kein Nachlassen der Schmerzempfindung gemeint sein, denn eine physiologische Adaptation, wie wir sie von anderen Sinnen her kennen, ist beim Schmerz nicht möglich (REIN und SCHNEIDER, 1973).

Die Patienten drücken mit "Gewöhnung" vielmehr aus, daß sie sich an die durch den Schmerz veränderte Lebenssituation angepaßt haben, was als produktive Leistung zu werten ist. Sie lehnen sich nicht mehr ständig gegen ein unverständliches Schicksal auf, fragen nicht, warum gerade sie betroffen sind. Sie warten in der schmerzfreien Zeit nicht ängstlich darauf, daß der Schmerz erneut beginnt. Des weiteren drücken sie aus, daß der pathische Charakter des Schmerzes nachgelassen hat. BUYTENDIJK (1948) schreibt, "daß der Schmerz bei langem Leiden seinen pathischen Charakter in dem Maße verliert, in dem der Patient die Möglichkeit findet, nicht im Zustand des 'Getroffenseins' zu bleiben, sondern den Schmerz zu einer reinen Empfindung zu objektivieren". Für die Kranken, die von Gewöhnung an den Schmerz sprechen, scheint genau dies zuzutreffen. Es ist ihnen gelungen, das Gefühl des "Getroffenseins", des hilflosen Ausgeliefertseins, zu überwinden. Sie haben für sich eine Möglichkeit gefunden, dem völligen Überwältigt- und Besetzt-Sein durch den Schmerz zu entgehen.

Betrachtet man die Beschreibungen, so scheinen die Patienten zwei Möglichkeiten zur Schmerzverarbeitung gefunden zu haben, die Integration und die Distanzierung. Von den meisten dieser Patienten wird der Schmerz als zur Person gehörig angenommen, sie lehnen sich nicht mehr dagegen auf, der Schmerz ist für sie selbstverständlich geworden. "Ich leb damit schon zehn Jahre, des war wie ein Stück von mir" (45); "Des hab ich schon immer, des gehört dazu bei mir" (30); "Ich hab mich jetzt schon so dran gewöhnt, wenn ich den Schmerz nicht hab, dann denk ich, was ist denn jetzt" (50). PLÜGGE (1962) schreibt: "Es gibt auch ein nicht hypochondrisches, reines Verweilen beim Schmerz. Man weiß, daß er einem nicht genommen werden kann und läßt ihn in Gottes Namen eben da sein. Man arrangiert sich mit ihm, nimmt ihn in Kauf, erkennt ihn an, macht aber kein Wesen daraus."Der andere Teil der Patienten versucht, sich vom Schmerz zu distanzieren, ihn wegzudrängen, ihn ichfremd zu halten. "Ich nehm gar keine Notiz, wenns nicht gar so arg ist, da ist ein Zustand, wo man sich dran gewöhnt" (47).

Diese Patienten scheinen am besten mit dem Schmerz leben zu können, sie leiden zwar auch darunter, aber sie sind nicht in ihrem ganzen Denken und Erleben vom Schmerz geprägt bzw. beeinflußt. Die Schmerzbeschreibungen sind nicht gefühlsentleert, aber es fehlt das verzweifelte Fragen nach dem Warum, es werden Möglichkeiten der Linderung angegeben. "Tagsüber ist er auch da, aber man empfindet ihn nicht so, weil man sich unterhält" (68).

Diese Patienten sind nach wie vor offen für ihre Umwelt, sie sind in der Lage, trotz des Schmerzes andere Dinge zu tun und zu denken. Der Schmerz ist nicht in den Mittelpunkt allen ihres Tuns gerückt. Ihr Ich ist sozusagen frei geblieben.

Im Hinblick auf die beiden beschriebenen Tendenzen kann ein tiefenpsychologisches Modell aufgestellt werden.

Integration des Schmerzes (entspricht Binden)	--------- Ich ------	Distanzierung, Ichfremd-Halten des Schmerzes (entspricht Lösen)

Beide Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit dem Schmerz gewähren ein Abstandhalten vom Schmerzgeschehen insofern, als das Ich nicht besetzt ist. Die Gefahr der Destruktion, bzw. Desintegration, die dem Schmerzgeschehen immanent ist, kann vom Ich ferngehalten werden.

Dennoch sind diese beiden Möglichkeiten der Schmerzbewältigung nicht als gleichwertig anzusehen. Während bei der Integration des Schmerzes auch das Körper-Ich integriert bleibt und die Gefahr der Dekompensation gering ist, liegt in dem Bewältigungsversuch durch Distanzierung eine Gefahr. Die Tendenz, sich den Schmerz ich-fremd zu halten, bewirkt leicht, sich auch dem schmerzenden Körperteil zu entfremden, was über eine Fragmentarisierung, d.h. erlebnismäßige Abspaltung des schmerzenden Körperteils hinaus zum Zerfall der Ich-Körper-Beziehung führen kann. Die Energie, die erforderlich ist, um die Distanzierung im Gleichgewicht zu halten, scheint sehr groß zu sein.

Bei einer phänomenologischen Betrachtung finden sich sehr viele Beschreibungen, die diese Fragmentarisierung, sprich erlebnismäßige Abspaltung eines Körperteils, ausdrücken. "Gefühl, daß es Auge rausfällt; das ist das Stärkste im Auge, so als ob es rausfallen wollt" (106).

Zweifellos hängt es in großem Maße von der Stärke des Schmerzes ab, ob Bewältigung erfolgen kann oder nicht. Dennoch zeigt die Erfahrung mit den Schmerzpatienten, daß es Kranke mit sehr starken Schmerzen gibt, die dennoch ungebrochen scheinen und z.T. sogar von Gewöhnung sprechen, während andere durch leichte Schmerzen stark beeinträchtigt sind, zumal wenn sie ihre Lebensumstände ändern müßten. Die Persönlichkeit spielt also eine große Rolle bei der Schmerzverarbeitung. Beide Faktoren könnten nach Art einer Gleichung zusammenwirken:

Schmerzstärke + Ich-Schwäche --------> Desintegration

Je größer die Ich-Schwäche, desto stärker ist auch bei geringen Schmerzen die Desintegration; aber bei sehr starken Schmerzen kann es auch bei einer sehr starken Persönlichkeit zur Desintegration kommen.

Dieser theoretische Ansatz zeigt eine Therapiemöglichkeit auf. Therapieformen, die zu einer Ich-Stärkung führen, können zumindest bei nicht allzu starken Schmerzzuständen dem Kranken helfen, mit diesem Schmerz zu leben. Die Rolle der Schmerzstärke sei hier besonders betont, da mit zunehmender Schmerzstärke die Fähigkeit, für eine Psychotherapie offen zu sein, abnimmt. In dem Maße, in dem das Ich vom Schmerzgeschehen besetzt ist, kann es nicht mehr durch Anstöße von außen besetzt werden. In bezug auf die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme kann man Patienten mit stärksten Schmerzzuständen mit autistischen Patienten vergleichen.

Ein weiterer Gesichtspunkt muß bei der Diskussion der Bewältigung und Gewöhnung erwähnt werden. Wie bereits gesagt, ist die Gefahr einer Desintegration durch den Schmerz groß, wenn die Patienten nicht in der Lage sind, mit ihrem Schmerz zu leben bzw. ihn in ihr Leben zu integrieren. Es wäre zu einfach, diese Problematik mit dem Hinweis auf Ich-Stärke bzw. Psychotherapie zur Ich-Stärkung abzuschließen. Das soziale Umfeld spielt, wenn es um Änderung der Lebensumstände durch den Schmerz geht, eine wichtige Rolle. Chronische Schmerzen werden häufig zum Existenzproblem, die Angst um den Arbeitsplatz kommt in vielen Beschreibungen zum Ausdruck. Oft könnten durch einen Arbeitsplatzwechsel chronische Schmerzen gelindert werden, vor allem wenn es sich um degenerative Erkrankungen des Skelettsystems handelt, aber das stößt häufig auf große Schwierigkeiten. Mit Psychotherapie sind die sozialen Härten, denen die Patienten mit chronischen Schmerzen ausgesetzt sind, nicht aus dem Weg zu räumen.

e) Kommunikation und Aktionsfreiheit des Schmerzkranken

In den vorhergehenden Kapiteln wurde dargelegt, was der Schmerz für das Erleben des eigenen Körpers bedeuten kann. Veränderungen des Körperschemas, Grenzauflösung, Zerstörung des Ich-Körpergefüges standen dabei im Vordergrund.

Im letzten Abschnitt wurde die Schmerzbeschreibung unter dem Aspekt der Bewältigung behandelt. Auf den engen Zusammenhang von Bewältigung und Kommunikation wurde hingewiesen.

Jedes körperliche Befinden, also auch der Schmerz, ist ein Phänomen, das in seinem Erlebnisgehalt in großem Maße geprägt wird durch die Welt außen und gleichzeitig modifizierend wirkt auf die Art und Weise, wie die Welt erlebt wird. PLÜGGE (1962) schreibt, daß unser Befinden nicht nur eine Folge unserer jeweiligen körperlichen Verfassung ist, sondern daß uns Befindensweisen Aufschluß geben von den Modi unseres In-der-Welt-seins, den Modi unserer Auseinandersetzung mit unseren Aufgaben, mit den Menschen unseres Umgangs, mit uns selbst, mit unserer Körperlichkeit, daß mein Befinden abhängig ist von meiner Situation, an der mein Körper und zugleich meine Welt teilhaben.

In meiner Arbeit wird zu dieser Problematik auf zwei Gesichtspunkte näher eingegangen: erstens auf das kommunikative Verhalten des Schmerzkranken, wobei dem Thema entsprechend besonders auf die sprachliche Kommunikation eingegangen wird; zweitens auf die Fähigkeit der Schmerzkranken, andere Interessen aufrechtzuerhalten und sich ihre Aktionsfreiheit zu bewahren.

Es stellt sich zunächst die Frage, ob der Wunsch nach sprachlicher Kommunikation bei den Schmerzkranken besteht. Wie vorne unter Ergebnisse, S. 51, erwähnt, standen 7,5 % der danach befragten Patienten meinem Gespräch ablehnend gegenüber, 38,5 % ziehen sich zu Hause, am Arbeitsplatz oder bei Freunden lieber zurück und wollen nicht über den Schmerz reden. Diese Diskrepanz wird verständlich, wenn man nachfragt, warum sich die Patienten zurückziehen. Viele fühlen sich unverstanden, haben

Angst, ihren Angehörigen lästig zu werden, haben Insuffizienzgefühle. Manche schämen sich, Schmerzen zu haben. Sätze wie: "Ich möcht nicht bemitleidet werden"; "Die Frau macht sich sonst so große Sorgen"; "Der Mann hat den Kopf voll" (anderer Dinge); sprechen für sich. Ein weiterer Gesichtspunkt, der ebenfalls erwähnt werden muß, ist, daß viele mit ihrem Rückzug auf ihren Schmerz aufmerksam machen wollen. Er ist ein Appell an die anderen, ein Ruf nach Hilfe. Alle diese Gründe, die sprachliche Kommunikation abzulehnen, entfielen bei meinem Gespräch.

Der Wunsch nach Kontakt mit anderen und nach echter Kommunikation besteht also bei den meisten, ist aber oft durch das Unvermögen der Umwelt verschüttet worden. Beobachtungen aus der Klinik bestätigen das. Immer wieder finden Schmerzkranke, die zunächst resignativ scheinen und sagen, sie wollten zu Hause lieber alleine sein, in der Klinik Kontakt zu anderen Kranken, und nach und nach steht nicht mehr ihr Schmerz im Mittelpunkt des Gesprächs. Dort, wo ein anderer ebenfalls leidet, ist es nicht mehr nötig, die Schmerzen immer wieder zu betonen, das Verständnis füreinander ist ohnehin sehr groß.

Beschreibbarkeit des Schmerzes

Das nonverbale Verstehen von Schmerzkranken untereinander nachzuvollziehen ist für jemanden, der chronischen Schmerz nicht kennt, kaum möglich. Wenn man einem schmerzgeplagten Menschen gegenübersteht, mit ihm spricht, so kann man getroffen sein von dem, was man sieht und hört, aber ein Miterleben, "Mitleiden" ist nicht möglich. Das Schmerzerlebnis ist wie der Tod ein absolut einsames. Durch Worte dem anderen zu vermitteln, was man erleidet, ist letztlich unmöglich. Adjektive, die spezifisch für Schmerz sind, gibt es nicht. Um so überraschender ist es, daß trotz anfänglicher Befremdung und Unsicherheit fast alle Patienten in der Lage waren, Worte für ihren Schmerz zu finden. SAUERBRUCH und WENKE (1961) schreiben von der Schwierigkeit, "daß der Schmerz nicht mit

mit objektiven, vom Erlebnis abgelösten Merkmalen zu beschreiben ist". BRANN (1973) schreibt: "Wenn wir das Wesen des Schmerzes zu erklären versuchen, entleihen wir Ausdrücke, die anderen Sinnesqualitäten entsprechen. Aber das wirkliche Schmerzerlebnis ist ein äußerst einsames, d.h. wir haben keine richtigen Worte, um es adäquat zu beschreiben."

Der Kranke erfährt häufig dieses Unvermögen, sich den anderen mitzuteilen, er erlebt seine Einsamkeit im Schmerzerleben. Daher reagiert er mit immer eindrucksvolleren Beschreibungen, um den anderen in sein Erleben mit einzubinden. Viele weichen auf technische Beschreibungen wie schmerzerzeugende Gegenstände aus. Diese Schilderungen erinnern an das operationale Denken von psychosomatisch Kranken, die ihre tatsächlichen Empfindungen nicht ausdrücken können und aus Angst, in ihrem Leiden nicht akzeptiert zu werden, auf drastische, aber gefühlsentleerte Schilderungen zurückgreifen. Je unbewältigter ein Schmerz ist, um so eindringlicher, grausamer wird er geschildert und um so mehr Einsamkeit und Verzweiflung drückt er aus. Hier kann der Bogen geschlagen werden zur kommunikativen Situation, nach der die Patienten, deren Schmerzaussagen nach dem Grad der Bewältigung eingeteilt sind, befragt wurden.

Von den 54 Patienten, die ihren Schmerz relativ nüchtern beschreiben, standen 3 dem Gespräch negativ gegenüber; 42 gaben an, Kommunikation zu suchen, 12 zogen sich während der Schmerzen zurück. Von den 42 Patienten, die ihrer Beschreibung nach vom Schmerz überwältigt sind und keine Bewältigungsmöglichkeit gefunden hatten, lehnten 5 das Gespräch mit mir ab; 17 suchten Kommunikation, 25 gaben an, lieber alleine zu sein.

	Patienten, deren Schmerzbeschreibung Bewältigung ausdrückt	Patienten, deren Schmerzbeschreibung Nicht-Bewältigung ausdrückt
	54 Patienten	42 Patienten
Ablehnende Haltung dem Gespräch gegenüber	3 Patienten = 5,6 %	5 Patienten = 11,9 %
Kein Wunsch nach Kommunikation	12 Patienten = 22,2 %	25 Patienten = 59,5 %
Wunsch nach Kommunikation	42 Patienten = 77,8 %	17 Patienten = 40,5 %

Die Prozentangaben verdeutlichen, daß Bewältigung und Wunsch nach Kommunikation zusammenfallen, während von den Kranken, die sich lieber zurückziehen, der größere Teil den Schmerz nicht bewältigt hat.

Modellhaft kann folgende Einteilung vorgenommen werden:

a. Patienten, die den Schmerz bewältigt haben; bei ihnen ist die Beschreibung relativ nüchtern, sie kommen im Gespräch schnell auf andere Themen, sind in der Lage, mit anderen zu kommunizieren, ohne daß der Schmerz Hauptgegenstand der Unterhaltung ist.

b. Der Schmerz ist weniger bewältigt, die Patienten fühlen sich einsam in ihrem Schmerzerleben. Die Beschreibung wird mit dem zunehmenden Gefühl, nicht verstanden zu werden, drastischer. Der Schmerz nimmt einen breiten Raum in der Kommunikation ein. Es besteht die Möglichkeit, über den Einstieg "Schmerz" auf andere Themen überzugehen. Diese Patienten suchen nach Kommunikation, die ihnen oft verweigert wird, da sie zunächst ihren Schmerz in den Vordergrund stellen und die Umgebung ihnen oft ratlos gegenübersteht.

c. Der Schmerz ist unbewältigt, die Patienten haben resigniert, ziehen sich zurück.
Dennoch ist auch hier sogar das Schweigen und Sich-Zurückziehen oft als Hilferuf zu verstehen. Selbst Kranke, die anscheinend völlig verzweifelt jede Kommunikation verweigern, schicken immer wieder Appelle an die Umgebung. Auch der Suizidversuch ist letztendlich oft als Hilferuf zu werten.

Von der Umgebung werden solche Hilferufe oft zunächst wahrgenommen und aufgegriffen. Schmerz erzeugt Mitleid und bewirkt, daß viele sich einem Schmerzkranken vermehrt zuwenden. BÜRGER - PRINZ (1951): "Gerade der Schmerz, der den Menschen auf sich selbst zurückwirft, ist aber auch der große Anrufer des anderen, des nächsten in der Menschengruppe. Es besteht also eine Schmerzgemeinschaft... Der Schmerz ist also an dem Aufbau der sozialen Gemeinschaften grundlegend mitbeteiligt... In der Gruppe erwachsen so aus dem Schmerz die Antriebe des Mitleidens, Mitfühlens und der daraus sich ergebenden Verhaltensweisen der Hilfe usw., d.h. der Schmerz wird in den sozialen Bezugssystemen aufgefangen und drängt zugleich zum Aufbau solcher zwischenmenschlichen Beziehungen."

Da aber bei starken Schmerzzuständen die Kranken nicht in der Lage sind, ihren Schmerz zu "vergessen", können sie dem anderen wenig mehr Interesse als das, ihren Schmerz zu schildern und zu zeigen, entgegenbringen. Es werden, wie PLÜGGE (1962) schreibt, die Kommunikationsmöglichkeiten gemindert, und dadurch der andere entmutigt. Der Schmerzkranke, der diese Entmutigung des anderen bemerkt, zieht sich immer mehr zurück. Nach LÜTZENKIRCHEN "vereinsamt der schwer Schmerzleidende, er gibt den Ruf nach Hilfe schließlich auf".

Die Beschreibung des Schmerzes kann bei einem Teil der Patienten als Bewältigungsversuch gewertet werden. Ein Patient, der seinen Schmerz beschreibt, muß über das Erkunden und Entdecken hinausgekommen sein. Die Suche nach Worten, das rationale Ent-

werfen der Aussage, kann noch als Erkundungsversuch gewertet werden, aber sobald die Schmerzbeschreibung konzipiert ist, muß der Patient in die Auseinandersetzung mit dem Schmerz eingetreten sein. Wie bereits des öfteren erwähnt, kann man bei vielen Patienten ablesen, ob sie in dieser Auseinandersetzung verharren bzw. resignieren, oder ob sie den Versuch einer Bewältigung unternehmen. Die erste Gruppe schildert den Schmerz affektiv, während die zweite Gruppe "sensorische" schmerzbeschreibende Adjektive heranzieht. Diese zweite Gruppe von Patienten ist in der Lage, sich vom Schmerz zu distanzieren, um so seinen unmittelbaren Erlebnisgehalt zu mindern und ihn relativ nüchtern zu beschreiben.

Hier stellt sich die Frage, ob diese nüchterne Art der Beschreibung nur möglich ist, weil eine gewisse Bewältigung vorausgegangen ist, oder ob eine sprachliche Auseinandersetzung mit dem Schmerz eine Bewältigung herbeiführen kann, da sie den Patienten zwingt, vom Schmerz Abstand zu halten, um ihn von einer gewissen Distanz aus schildern zu können.

Ich gehe davon aus, daß ein Patient, der in der Lage ist, seinen Schmerz zu beschreiben und nicht nur stöhnt und weint, bereits Ansätze zur Verarbeitung zeigt. Es fällt auf, daß Patienten, die zu keiner Bewältigung fähig scheinen, die Unbeschreibbarkeit des Schmerzes als Kriterium der Stärke dient, daß sie ihren Schmerz als Unbeschreibbaren beschreiben.

Auch die positive Aufnahme, die mein Gespräch bei den Patienten erfuhr, führe ich z.T. zurück auf einen Ansatz zur Bewältigung, der zumindest während der Gesprächsdauer durch die Reflexion über den Schmerz, durch die Betrachtung von einem gewissen Abstand aus, erfolgte.

Unwertgefühl, "Scham"

Die Kommunikationsfähigkeit des Schmerzkranken wird in hohem Maße auch durch Faktoren, die den Schmerz begleiten und die z.T. eine Veränderung des gewohnten Lebens mit sich bringen,

geschmälert. Viele Kranke haben den Eindruck, im Wertegefüge dieser Gesellschaft abzusinken. Dieser Eindruck mag häufig unberechtigt sein, er wird ihnen aber oft bestätigt, wo es sich um Arbeitsplatzverlust oder -wechsel handelt.

Spontan geben 14 Patienten in ihren Schmerzschilderungen an, sich minderwertig zu fühlen oder sich zu schämen. Bei genauer Betrachtung ihrer Aussagen sieht man, daß es weniger die Schmerzen selbst sind, die zu solchen Regungen führen. Die Kranken schämen sich, weil sie hinken müssen, sie fühlen sich minderwertig, weil sie nicht mehr ihre gewohnte Arbeit verrichten können.

Ich möchte die Aussagen über Unwertgefühl und Scham getrennt interpretieren.

Von den vier Patienten, die sich schämen, sind drei Frauen. Unter Berücksichtigung des persönlichen Eindrucks kann man bei allen vier Patienten annehmen, daß eine narzißtische Kränkung zu der Aussage geführt hat. Ihr Selbstwertgefühl ist durch das körperliche "Gebrechen" beeinträchtigt. "Da denk ich immer, soll dich keiner sehn, daß du hinkst." (99)

Acht der zehn Patienten, die spontan ein Unwertgefühl schildern, sind Männer mit einem Durchschnittsalter von 47,6 Jahren. Alle acht haben sehr große Angst um ihren Arbeitsplatz und davor, nicht mehr gebraucht zu werden. Drei erwähnen, daß seit Beginn der Schmerzen ihr sexuelles Verlangen nachgelassen habe. Unter tiefenpsychologischer Betrachtungsweise kann man bei allen acht Patienten von einer Versagungsangst in bezug auf Selbsterhaltungs- bzw. Sexualtrieb sprechen. Dazu kommt bei einigen Patienten, auch bei den zwei Frauen, die Angst vor einem drohenden Objektverlust, der als Folge des Verlusts der Arbeitsfähigkeit oder des sexuellen Nachlassens gesehen wird.

Die folgende Aussage verdeutlicht das Gesagte:
"Vor lauter Angst bin ich erst spät ins Bett, die Frau hat direkt geschimpft und gesagt, Du hast direkt Angst vorm Bett, und des wenn man gesagt kriegt als Mann, das is scho ganz

schlecht; wenn man da etwas will und kann nicht, da wirst schon mißmutig; abgeschoben aufs alte Eisen." (64)

Auch bei den Patienten, die Unwertgefühle angeben, ist eine Verletzung des Selbstgefühls zu finden. Es ist ihnen unmöglich zu akzeptieren, daß sie wegen der Schmerzen nicht mehr so leistungsfähig sind wie früher. Sie fühlen sich narzißtisch gekränkt dadurch, daß gerade sie getroffen sind.

Aufrechterhaltung anderer Interessen, Einschränkung der Aktionsfreiheit durch den Schmerz

Wie bereits unter Ergebnisse, S. 53 f, beschrieben, konnten sich von 98 befragten Patienten 50 vom Schmerz ablenken oder trotz der Schmerzen noch anderen Interessen nachgehen, 48 nicht. Es wurde auch hier, wie bei der Untersuchung der kommunikativen Situation, eine Beziehung hergestellt zur sprachlich ausgedrückten Bewältigung.

	Patienten, deren Schmerzbeschreibung Bewältigung ausdrückt	Patienten, deren Schmerzbeschreibung Nicht-Bewältigung ausdrückt
	57 Patienten	41 Patienten
Ablenkung möglich	34 Patienten = 59,6 %	16 Patienten = 39 %
Ablenkung nicht möglich	23 Patienten = 40,4 %	25 Patienten = 61 %

Die Tabelle zeigt, daß von den Patienten, deren Schmerzbeschreibung auf Bewältigung schließen läßt, sich 59,6 % offenhalten konnten für andere Dinge, von denen, die eine Nicht-Bewältigung ausdrückten, waren es nur 39 %.

In ihrer Beschreibung schildern 8 Patienten eine Verarmung der psychischen Möglichkeiten durch den Schmerz. Sie alle beschreiben ihn als sehr stark bzw. stärkst möglichen Schmerz. Diese

Patienten stehen unter einem sehr großen Leidensdruck. Sie sind vom Schmerzerleben besetzt, können keinen Abstand gewinnen. Sie haben keine Möglichkeit zur Bewältigung gefunden.

Wie kann man diese Verarmung, diese Einschränkung der Aktionsfreiheit erklären?

Der schmerzende Körperteil wird libidinös besetzt, wobei das Ausmaß der Besetzung abhängt von der Schmerzstärke und der Persönlichkeitsstruktur (vgl. Hypochonder). Das Ich verliert in zunehmendem Maße an Energie für die Beschäftigung mit anderen Dingen.

FREUD (Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1940) schreibt: "Organische Erkrankung, schmerzhafte Reizung, Entzündung von Organen schafft einen Zustand, der deutlich eine Ablösung der Libido von ihren Objekten zur Folge hat. Die eingezogene Libido findet sich im Ich wieder als verstärkte Besetzung des erkrankten Körperteils."

BÜRGER - PRINZ (1951) dazu: "So gesehen ist der Schmerz immer gegenwärtiger Schmerz, aber er ist auch potentiel immer gegenwärtig. Seine List ist es, wie E. Jünger sagt, sich überall durchzusetzen. Er macht jede andere Leistung unmöglich. Wie Freud es ausdrückt: durch Gegenbesetzung verarmt er die anderen psychischen Möglichkeiten."

Erwähnen möchte ich dazu die Aussage eines Patienten: "Ich bin nur noch ein halber Mensch" (57), die zeigt, wie der Schmerz den Patienten in seinen Entfaltungsmöglichkeiten beeinträchtigt, wie er fühlt, daß wichtige Teile seiner Persönlichkeit nicht mehr zum Tragen kommen.

Auch PLÜGGE (1962) beschreibt diese Einschränkung der Aktionsfreiheit, die auch Einschränkung der Kommunikation bedeutet. "Dem Erlebnis der körperlichen Binnenraumschmälerung entspricht grundsätzlich auch eine Reduktion meines Außenraumes meiner Welt." Vom ewigen Hypochonder schreibt er: "Irgend etwas in seinem Körper verhindert immer, daß er sich ungehindert diesem Menschen, diesem Ding, dieser Tätigkeit zuwenden kann."

Dieses völlige Zurückgezogensein auf die eigene Person ohne Möglichkeit, mit anderen Menschen Kontakt aufzunehmen oder sich mit anderen Dingen zu beschäftigen, zeigt sich in der Schilderung einer Patientin: "Wahnsinnige Schmerzen; ich bin durch die Stadt gelaufen und hab geheult und hab keinen Menschen mehr gesehn vor lauter Schmerz." (81)

f) Zusammenfassung

Die Auseinandersetzung mit dem Schmerz und letztendlich der Versuch der Bewältigung spielt sich, modellhaft dargestellt, auf drei Ebenen ab. Auf der ersten Ebene findet die innerorganismische Auseinandersetzung statt, auf der zweiten die Auseinandersetzung des Subjekts bzw. des Ich mit dem Schmerz, auf der dritten die Auseinandersetzung mit der Umwelt, die den Versuch beinhaltet, über Kommunikation und Aufrechterhaltung anderer Interessen den Schmerz zu bewältigen.

Durch Anwendung der WYSSschen Modalitäten Erkunden, Entdecken, Erschließen, Sich-Auseinandersetzen, Binden und Lösen, Aufzeigen und Aufweisen, Bewältigen kann aufgezeigt werden, daß der Schmerz bei der Erfahrung von Umwelt und eigenem Körper die Grenzen aufweist und wie eine Bewältigung des Schmerzes gedacht werden kann.

Die Schmerzbeschreibungen der Patienten wurden phänomenologisch untersucht und weisen hin auf die Auseinandersetzung des Subjekts mit dem durch den Schmerz veränderten Körper. Es wird deutlich, wie sich das Körpergefühl verändert, wie eine Entgrenzung stattfindet, wie Körperteile fragmentarisiert werden. Ich-psychologisch interpretiert kann man von einer Ich-Körper-Entfremdung sprechen, der schmerzende Körperteil wird zu einem fremden Es, das dem Ich Schmerz zufügt. Viele Beschreibungen zeigen das Ausgeliefertsein an den Schmerz und bringen zum Ausdruck, daß Schmerzen als von außen verursacht erlebt werden. Dies kann, aus anthropolo-

gischer Sicht betrachtet, über die Gleichung "Schmerz = Feind" zu einer Umwandlung von Schmerz in Aggressions-Wut führen. Viele Patienten schildern selbstzerstörerische Tendenzen. Aggressive Impulse gegen die eigene Person, die letztlich Urheber des Schmerzes ist, sind konsequent. Diese Selbstzerstörung führt bis zu suizidalen Taten und Gedanken und zeigt die Selbstentfremdung, zu der der Schmerz führt.

Der Gesamteindruck der Schmerzbeschreibung wurde auf den Grad der Bewältigung, der zum Ausdruck kommt, hin untersucht. Die Frage, ob eine Gewöhnung an den Schmerz möglich ist, führte zur Modellvorstellung, daß die Schmerzverarbeitung korreliert mit Schmerz-Stärke und Ich-Stärke. Es wurde weiterhin herausgearbeitet, daß Bewältigung und kommunikatives Verhalten des Schmerzkranken in enger Beziehung stehen. Die positive Einstellung zu Kommunikation, das aktive Teilhaben am gesellschaftlichen Leben, das Aufrechterhalten anderer Interessen sind Faktoren, die mit einer Schmerzbewältigung Hand in Hand gehen und eine solche erleichtern. Kommunikation kann aufgenommen werden im Versuch, anderen den Schmerz zu beschreiben. Die Beschreibung setzt eine Reflexion des Schmerzes voraus. Das bedeutet, daß das Subjekt nicht völlig im Schmerzgeschehen gefangen ist. Bereits dadurch ist ein Ansatz zu Bewältigung gegeben.

E. ÜBERBLICK

In der klinischen Medizin wird der Schmerzschilderung als Zugang zur Person des Kranken wenig Wert beigemessen. Die Schmerzbeschreibung dient im wesentlichen zur Erleichterung der Diagnosestellung. In der Fachliteratur finden sich Arbeiten, die zeigen, daß Schmerzadjektive in bestimmten Gruppen zusammengefaßt werden können, ein allgemeingültiges Maß an Intensität ausdrücken und die Beschreibung mit diesen Adjektiven zur Diagnostik geeignet ist.

Der Gegenstand meiner Untersuchung ist die individuelle Schmerzschilderung. Ich versuche zu verstehen, wie Schmerzen erlebt werden, und was es für den Betroffenen bedeutet, chronische Schmerzen ertragen zu müssen.

Ich befragte 136 Patienten, wobei ich einen Fragebogen mit offenen, geschlossenen und Alternativfragen als Gesprächsleitfaden benutzte. Die spontane Schmerzbeschreibung und die kommunikative Situation des Kranken standen dabei im Mittelpunkt meines Interesses. Ausgewählt wurden Patienten mit chronischen Schmerzen, viele davon mit neuralgiformen Beschwerden oder Kopfschmerzen. Der chronische Schmerzzustand besitzt m.E. psychotherapeutische Relevanz, da eine ständige medikamentöse Schmerzunterdrückung meist nicht möglich ist, auch wegen der Gefahr der Medikamentenabhängigkeit, und weil die Patienten lernen müssen, mit ihrem Schmerz zu leben.

Bei der Betrachtung der Schmerzschilderungen zeigt sich, daß bestimmte Phänomene wiederholt zur Beschreibung herangezogen werden. Geschildert wird eine Änderung des Körpergefühls bzw. Körperschemas, der Übergang von verändertem Körpergefühl zu Schmerz wird als fließend angegeben, Körperstrukturen wie Sehnen und Nerven werden als körperfremd erlebt. Bilder wie Platzen, Abbrechen, Abreißen werden gezeichnet. Die Patienten drücken ein Ausgeliefertsein an einen von "jemand, einer, man, ich" verursachten Schmerz aus. Sie schildern z.T. grausame Bilder, wo Schmerzen durch Gegenstände wie Messer, Nadeln,

Pfeile usw. oder durch Tiere wie Ameisen, Fliegen, Käfer, Würmer erzeugt werden. Selbstzerstörerische Tendenzen bis hin zu suizidalen Gedanken werden geäußert.

Neben der Gliederung nach Phänomenen nahm ich eine Einteilung nach dem Gesamteindruck vor. Ich fragte, ob die Schilderung Bewältigung ausdrückt. Patienten, die ihren Schmerz weitgehend bewältigt haben, beschreiben ihn wie eine objektivierte Wahrnehmung, in den Schilderungen von Kranken, bei denen die Bewältigung schwankt, drückt sich eine starke gefühlsmäßige Beteiligung aus.

Die Untersuchung der kommunikativen Situation ergibt, daß sich 38,5 % der Patienten zurückziehen, wenn sie unter starken Schmerzen leiden, manche davon, weil sie sich durch den Schmerz und die damit verbundene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit minderwertig fühlen. Selbst dieser Rückzug ist oft als Appell an die Umgebung zu verstehen und drückt den Wunsch aus, zumindest still umsorgt zu werden.

Die Kommunikationsfähigkeit ist durch das Erdulden von Schmerz stark eingeschränkt; nahezu die Hälfte der von mir befragten Schmerzkranken kann sich nicht vom Schmerz ablenken.

Bei der Interpretation stellte ich zunächst ein Stufenmodell auf. Die Auseinandersetzung mit dem Schmerz und letztendlich der Versuch der Bewältigung spielt sich, modellhaft dargestellt, auf drei Ebenen ab. Auf der ersten Ebene findet die innerorganismische Auseinandersetzung statt, auf der zweiten die Auseinandersetzung des Subjekts bzw. des Ich mit dem Schmerz, auf der dritten die Auseinandersetzung mit der Umwelt, die den Versuch beinhaltet, über Kommunikation und Aufrechterhaltung anderer Interessen den Schmerz zu bewältigen.

Durch Anwendung der WYSSschen Modalitäten (1976) Erkunden, Entdecken, Erschließen, Sich-Auseinandersetzen, Binden und Lösen, Aufzeigen und Aufweisen, Bewältigen kann aufgezeigt werden, daß der Schmerz bei der Erfahrung von Umwelt und eigenem Körper die Grenzen aufweist und wie eine Bewältigung des Schmerzes gedacht werden kann.

Über die phänomenologische Untersuchung der Schmerzbeschreibungen gelangte ich zu anthropologischen und Ich-psychologischen Modellvorstellungen. Schmerz führt dazu, daß Teile des Körpers, die sonst unbewußt "funktionieren", plötzlich wahrgenommen werden. Man kann von einer "Grenzerweiterung" sprechen; gleichzeitig aber führt dieses unangenehme Spüren zu einer "Grenzauflösung". Es tritt eine Ich-Körper-Entfremdung ein, der schmerzende Körperteil wird zu einem Es, das dem Ich Schmerzen zufügt.

Das Gefühl des Ausgeliefertseins an einen von außen verursachten Schmerz wird von vielen Patienten beschrieben. Das Ich darf nicht zulassen, daß es selbst Schmerzverursacher ist. Sobald Schmerz begriffen wird als etwas, was vom Subjekt selbst ausgeht, sind selbstzerstörerische Tendenzen konsequent.

Die Betrachtung des Gesamteindrucks der Schmerzbeschreibung und der kommunikativen Situation zeigt, daß Bewältigung eng korreliert mit Schmerzstärke und Ich-Stärke und mit dem kommunikativen Verhalten des Schmerzkranken. Die positive Einstellung zu Kommunikation geht mit einer Schmerzbewältigung Hand in Hand. Kommunikation kann aufgenommen werden im Versuch, anderen den Schmerz zu beschreiben; bereits dadurch ist ein Ansatz zu Bewältigung gegeben.

F. AUSBLICK

Ein Gesichtspunkt, der bei einer Arbeit über chronische Schmerzzustände wichtig erscheint, wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Es ist dies das Problem des Schmerzmittelabusus.

Die Frage der Sucht ist wesentlich beim Umgang mit Schmerzkranken. Patienten, die von einem Schmerzmittel abhängig sind, betonen oft den intensiven Charakter der Schmerzen, um erneut vom Arzt starke Medikamente zu erhalten. Dieser Fragenkomplex muß auch bei der Überlegung, wie man durch Psychotherapie helfen kann, berücksichtigt werden. Gerade die Erarbeitung solcher Abhängigkeiten muß im Gespräch erfolgen.

Zwei Ansatzpunkte für eine Psychotherapie können aus dieser Arbeit entnommen werden. Der eine fußt auf der Modellvorstellung, daß die Ich-Stärke eine wesentliche Rolle spielt bei der Schmerzverarbeitung. Der andere resultiert aus der Überlegung, wie eng die Kommunikationsfähigkeit und -möglichkeit des Kranken mit der Schmerzverarbeitung korrelieren.

Beide Gesichtspunkte könnten in einer Gruppentherapie Berücksichtigung finden. Welche Therapieform am günstigsten wäre, sollte die Praxis erweisen.

Sicher ist die medikamentöse Behandlung, immer unter Berücksichtigung der Suchtgefahr, oft die Voraussetzung für die Fähigkeit des sonst zu schmerzgeplagten Patienten, an einer Psychotherapie teilzunehmen. Ein ausgewogenes Nebeneinander von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie wäre notwendig.

An dieser Stelle darf ich Herrn Prof. Dr. D. Wyss für die Überlassung des Themas und für seine Bereitschaft zur Diskussion danken.

Im besonderen gilt mein Dank Herrn Dr. J. Lützenkirchen für seine ständige Unterstützung und für seinen Rat bei allen Problemen, die während der Erstellung der vorliegenden Arbeit entstanden.

Herrn Prof. Dr. H. Sattes möchte ich für die Übernahme des Korreferates herzlich danken.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1. ADLER, A.: Menschenkenntnis
   Zürich: Rascher-Verlag, 1947

2. ADLER, R. und LOMAZZI, F.: Die Bedeutung der individuellen Schmerzempfindlichkeit für die Beurteilung von Schmerzzuständen.
   Der Libman-Test als klinisches Hilfsmittel
   Schweiz. Med. Wschr. 104, 1192-1195 (1974)

3. ANDREE, O.: Die Bedeutung von Krankheit und Kranksein in den Werken Thomas Manns.
   Das Deutsche Gesundheitswesen 35, 36-39 (1964)

4. BAILEY, C.A. und DAVIDSON, P.O.: The Language of Pain: Intensity.
   Pain 2, 319-324 (1976)

5. BECKMANN, D. und RICHTER, H.-E.: Gießen - Test.
   Bern: Hans Huber - Verlag, 1975

6. BEECHER, H.K.: Pain in men wounded in battle.
   Ann. Surg. 123, No. 1, 96-105 (1945)

7. BERNSTEIN, B.B.: Social Class, Linguistic Codes and Grammatical Elements.
   Language and Speech 5, 221-240 (1962b)

8. BILZ, R.: Studien über Angst und Schmerz.
   Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag, 1971

9. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie.
   Berlin: Springer-Verlag, 1975

10. BÖLL, H.: Ansichten eines Clowns
    Köln: Kiepenheuer u. Witsch - Verlag, 1975

11. BRANN, H.W.: Der Schmerz und das Ich.
    Schopenhauer-Jahrbuch, J. 54, 39-51 (1973)

12. BÜRGER - PRINZ, H.: Zur Psychologie des Schmerzes.
    Der Nervenarzt, 22. Jahrgg., Heft 10, 376-380 (1951)

13. BUYTENDIJK, F.J.J.: Über den Schmerz.
    Bern: Hans Huber - Verlag, 1948

14. DUBUISSON, R. und MELZACK, R.: Classification of Clinical Pain Descriptions by Multiple Group Discriminant Analysis.
    Exp. Neurol. 51, 480-487 (1976)

15. FREUD, S.: Die Traumdeutung. Gesammelte Werke, Bd. II/III. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1942

16. FREUD, S.: Werke aus den Jahren 1909 - 1913. Ratschläge für den Arzt bei der Psychoanalytischen Behandlung. Gesammelte Werke Bd. VIII. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1943

17. FREUD, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Die Libidotheorie und der Narzißmus. Gesammelte Werke Bd. XI. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1940

18. FREUD, S.: Jenseits des Lustprinzips. Gesammelte Werke Bd. XIII. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1940

19. FREUD, S.: Psychoanalyse und "Libidotheorie". Gesammelte Werke Bd. XIII. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1940

20. FREUD, S.: Werke aus den Jahren 1925 - 1931. Hemmung, Symptom und Angst. Gesammelte Werke Bd. XIV. Frankfurt am Main: F. Fischer - Verlag, 1948

21. HASSLER, R.: Die zentralen Systeme des Schmerzes. Acta neurochir. (Wien) 8, 353 (1960)

22. HAUSMANN, H.: Psychologie des Schmerzes und Schmerzmittelmißbrauchs. Bern: Hans Huber - Verlag, 1970

23. HEGGLIN, R.: Differentialdiagnose innerer Krankheiten. Stuttgart: Georg Thieme - Verlag, 1963

24. HENSEL, H.: Allgemeine Sinnesphysiologie, Hautsinne, Geschmack, Geruch. Berlin: Springer-Verlag, 1966

25. HENSELER, H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch - Verlag, 1974

26. HERTEL, G.: Die Syringomyelie: klinische neuroradiologische und epidemiologische Untersuchungen. Habilitationsschrift, Würzburg 1974, Med. Fak.

27. HUSKISSON, E.C.: Measurement of Pain. Lancet 2, 1127-1131 (1974)

28. JANZEN, R.: Schmerzanalyse als Wegweiser zur Diagnose. Stuttgart: Georg Thieme - Verlag, 1973

29. JUAN, H. und LEMBECK, F.: Prostaglandin F 2 alpha reduces the algesic effect of bradykinin by antagonizing the pain enhancing action of endogenously released prostaglandin E. Brit. J. Pharmacol. 59(3), 385-391 (1977)

30. KLEIST, H.v.: Über das Marionettentheater. Kleist in zwei Bänden, 1. Band Berlin und Weimar: Aufbau - Verlag, 1976

31. KÖNIG, R.: Das Interview. Köln: Studien-Bibliothek Kiepenheuer & Witsch, 1974

32. KREITMANN, N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. Der Nervenarzt 51(3), 134 (1980)

33. KUSCHINSKY, G. und LÜLLMANN, H.: Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie. Stuttgart: Georg Thieme - Verlag, 1974

34. LÜTZENKIRCHEN, J.: Zur Anthropologie des Schmerzes. Unveröffentlichtes Manuskript

35. LURATI, M.: Klinische Neurologie und Physiologie des funktionellen vaskulären Kopfschmerzes. Habilitationsschrift, Würzburg 1977, Med. Fak.

36. MANN, Th.: Doktor Faustus. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch - Verlag, 1952

37. MANN, Th.: Der Zauberberg 1. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch - Verlag, 1952

38. MARX, I.L.: Analgesia: How the body inhibits pain perception. Science 195, 471-473 (1977)

39. MELZACK, R.: Akupunktur und Schmerzbeeinflussung. Anaesthesist 25, 204-207 (1976)

40. MELZACK, R.: The McGill Pain Questionnaire: Major Properties ans scoring Methods. Pain 1, 277-299 (1975)

41. MELZACK, R. und TORGERSON, W.S.: On The Language of Pain. J. Amer. Soc. Anaestesiol. 34, 50-59 (1971)

42. MÜKE, R.: Schmerzausschaltung durch Chordotomie. Zitiert nach Gottschaldt, M., Grass, H. und Brock, M.: Aktuelle Probleme der Neuropsychiatrie. Berlin: Springer - Verlag, 1978

43. MULLAN, S. u.a.: Percoutaneous, intramedullary cordotomy utilizing the unipolaranadol electrolytic lesion.
J. Neurol. Surg. 22, 548-553 (1965)

44. MUNDINGER, F.: Die stereotaktisch-funktionelle Behandlung des Schmerzes durch intracerebrale Ausschaltung und Stimulation.
Zitiert nach Gottschaldt, M., Grass, H. und Brock, M.: Aktuelle Probleme der Neuropsychiatrie.
Berlin: Springer - Verlag, 1978

45. NEWTON, A.V.: Lateral Dominance, Pain Perception, and Pain Tolerance.
J. dent. Res. 51, 4-6 (1972)

46. PLÜGGE, H.: Vom Spielraum des Leibes.
Salzburg: Otto Müller - Verlag, 1970

47. PLÜGGE, H.: Wohlbefinden und Mißbefinden, Beiträge zu einer Medizinischen Anthropologie.
Tübingen: Max Niemeyer - Verlag, 1962

48. PRINZ AUERSPERG, A.: Schmerz und Schmerzhaftigkeit.
Berlin: Springer-Verlag, 1963

49. REIN, H. und SCHNEIDER, M.: Einführung in die Physiologie des Menschen.
Berlin: Springer-Verlag, 1973

50. ROSOMOFF, H.L. u.a.: Modern pain relief: percutaneous cordotomy.
J. Amer. med. Ass. 196, 482-486 (1966)

51. SAUERBRUCH, F. und WENKE, H.: Wesen und Bedeutung des Schmerzes.
Frankfurt: Athenäum - Verlag, 1961

52. SCHADEWALDT, H. u.a.: Kunst und Medizin.
Köln: Dumont Schauberg - Verlag, 1974

53. SCHILDER, P.: Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen.
Berlin: Springer-Verlag, 1924

54. SCHÖNLEINs klinische Vorträge in dem Charité-Krankenhause zu Berlin.
Berlin: Verlag von Veit & Comp., 1842

55. SCHOPENHAUER, A.: Die Welt als Wille und Vorstellung.
Zürich: Diogenes-Verlag, 1977

56. SCHULTE, W. und TÖLLE, R.: Psychiatrie.
Berlin: Springer-Verlag, 1975

57. SCOTT, J. and HUSKISSON, E.C.: Graphic Representation of Pain.
Pain 2, 175-185 (1976)

58. SIEGENTHALER, W.: Klinische Pathophysiologie.
Stuttgart: Georg Thieme - Verlag, 1973

59. SOPHOKLES: Philoktetes.
Tragödien.
Zürich: Artemis - Verlag, 1968

60. SOPHOKLES: Die Trachinierinnen.
Tragödien.
Zürich: Artemis - Verlag, 1968

61. STILLER, N.: Der Tod und das Flugzeug.
Reinbek: Rowohlt Taschenbuch - Verlag, 1978

62. STRUPPLER, A.: Klinische Schmerzsyndrome.
Verh. dtsch. Ges. inn. Med. 72, 48-62 (1966)

63. SYDENHAM, T.: Opuscula Omnia Tractatus de Podagra et hydrope.
London, 1683
Zitiert nach Zöllner, N. und Thannhauser, S.J.: Thannhausers Lehrbuch des Stoffwechsels und der Stoffwechselkrankheiten.
Stuttgart: Georg Thieme - Verlag, 1957

64. SYNDER, S.H.: Opiate receptors and internal opiates.
Sci. Amer. 236, 44-56 (1977)

65. THODEN, U. und KRAINIK, J.-U.: Schmerzbehandlung durch elektrische Reizung peripherer Nerven (TNS) und des Rückenmarkes (DCS).
Zitiert nach Gottschaldt, M., Grass, H. und Brock, M.: Aktuelle Probleme der Neuropsychiatrie.
Berlin: Springer-Verlag, 1978

66. WUNDERLICH, C.A.: Handbuch der Pathologie und Therapie, 3. Band.
Stuttgart: Ebner und Seubert, 1864

67. WYSS, D.: Mitteilung und Antwort.
Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht - Verlag, 1976

A N H A N G

Zu: DIE PATIENTEN

Das Gespräch mit den ersten 30 Patienten (1' - 30') wurde ohne Fragebogen geführt, das mit den folgenden 106 Patienten (1 - 106) mit Fragebogen.

Angegeben werden: die Initialen, das Geschlecht, Alter, Beruf, Diagnose, wo bekannt die subjektiv benannte Schmerzstärke, Lokalisation, Schmerzbeschreibung.

DIE PATIENTEN

1' G.L./m./55/Lehrer
Atypische Angina pectoris

"Herzstechen hinter dem Brustbein; Ziehen in den linken Arm oder Hals; pectanginöse Beschwerden; Anfall, wie wenn sich alles zusammenzieht; wenn ich über irgend etwas nachgrüble; immer bei Aufregung; vielleicht Einbildung; gewisse Lebensangst"

2' G.A./w./66/Hausfrau
Osteochondr. u. Spondylose der WS; Kopfschm.

Rücken: "Ziehende Schmerzen"
Kopf, vor allem rechte Schläfe: "Zuerst ein Stich, dabei große Angst; Ein Druck auf den Kopf, als ob er zusammengedrückt werde; mir sitzt die Angst im Nacken, ich weiß nicht, woher das kommt"
nach Stutgeron oder Alkohol: "Das Schlimmste, was ich habe; es ist alles verstopft, das Blut kommt nicht durch; der Kopf platzt; Ich bin doch keine eingebildete Kranke, man findet doch etwas"

3' F.F./w./56/Hausfrau
fortschreitende PCP

Handgelenk, Fingergelenk, Hände: "Über Nacht steif, morgens pelzig, wie eingeschlafen, taub; hat gestochen, ging durch und durch; Ich dachte, du hängst direkt am elektrischen Strom; Schmerzen, bis ich in Bewegung kam"

4' S.K./w./51/Hausfrau, Arbeiterin
beginnende PCP; Osteoch. und Spondyl. der HWS; Kopfschm.

Hände: "Brennende Schmerzen, wie wenn etwas elektrisiert"
Knie: "Wie wenn es wund wäre; brennend; wie wenn etwas morsch wäre; wie wenn was voneinanderbricht; es zieht bis in den Fuß; manchmal schäme ich mich, ich komme mir vor, wie eine alte Frau"

Schulter: "Beginnt langsam brennend, kribbelnd, dann kommt der Schmerz; als wenn etwas auf mir lastet und mich auf den Boden drückt; wie Knollen"
Rücken: "Wie wenn etwas wund ist; wie wenn ich's an den Nieren hätte; ein innerlicher Druck"
Kopf: Wie wenn ein Reifen auf den Kopf drückt; es platzt oben raus, unerträglich, ziehend"
Augen: "Denk, ich hab was davor"

5' K.M./m./76/Rentner, Zimmermann
Coxarthrose

Hüftgelenk: "Ein dumpfer, wühlender Schmerz; wühlt langsam und wird stärker; wie wenn was im Gelenk wäre"
Laufen: "Stechender Schmerz, daß man zusammensackt"
Schultergelenk: "Stechender Schmerz, zieht bis in den Ellbogen; wie Rheuma; es wirkt sich auf den ganzen Körper aus; man wird interesselos, wenn man dauernd Schmerzen hat; halt eine Art Buße"

6' E.H./w./56/Hausfrau
Plexusschädigung bzw. Ulnarisdruckschädigung nach Implantation einer Mitraklappenprothese

rechter Arm ulnar, anfangs: "Rasende Schmerzen und kein Gefühl in der Hand"
jetzt: "Bitzeln; wie wenn der Fuß eingeschlafen ist und man tritt drauf; ziehender Schmerz, es zieht in die Brust her; wie wenn etwas entzündet ist; Krämpfe; die Finger sind wie steif"
Herzbeschwerden, vor OP: "Gurt um den Leib der zuschnürt; als wenn tausend Lebewesen in mir wären" (vor Ohnmacht)
Beschwerden von seiten der Klappe: "Man spürt die Klappe; die Klappe schmerzt; der Schlag ist so stark, daß selbst das Trommelfell weh tut; furchtbar, wie ein Amboß, der draufschlägt; hämmert, geht zum Rücken durch"

7' Sch.A./m./56/Buchhalter
Colitis ulcerosa, Amputation linker Unterschenkel 1941

Oberbauch: "Kribbeln, Kitzeln; wie eine Fliege, die krabbelt; dann kriege ich es mit der Angst zu tun"
Entfernung eines Polypen: "Wie wenn ein Finger von innen gegen die Bauchwand stoßen würde"
Phantomschmerzen: "Nervenschmerzen; als wenn einer mit dem Messer durchfahren würde; reißen ins Bein; stechen; da elektrisierts; manchmal verdreht sich der Fuß; Gefühl, als ob eine Fliege auf dem Bein war"

8' F.R./m./38/Schlosser
Funkt. Herzbeschwerden, V.A. larv. Depression

Herzgegend, vor allem in der vorderen Achselhöhle: "Es zieht vom Rücken untern Arm, bleibt da sitzen; es zieht bis zum Brustbein, liegt noch da mit drauf; immer ein Druck; als wenn ein Verband drum wär; oder denk ich dran, ich dürft mich nicht aufregen, daß ich ihn dann stärker empfinde, den Schmerz?; die Gedanken spielen mit; feinfühlig; nimms vielleicht zu ernst; weil sie grad auf der linken Seite sind"

9' O.I./w./28/Hausfrau
Ang. pec. Zustände nach Myokarditis bzw. chron. Myokarditis

"Sticht überm Herz; Ruck; jetzt ziehts ein zamm; Angst, Mensch, jetzt fällst du zamm; wie eng; Ausstrahlung in Rücken"
Arme: "Tun arg weh; es zieht; wie Rheuma; ich bring die Arme nicht mehr hoch; ich hab gezittert, wie eine alte Frau; des merkst am ganzen Körper"
linke Hand: "Kribbeln"

10' E.U./m./28/Maschinenschlosser
unklare Thoraxschmerzen o.B.

Sternalansatz hinter Brustbein: "Wie Druck, wie verspannt;

wie wenn ich einen Schlag daher kriege; knacken; man kann's aushalten; man gewöhnt sich dran"

11' W.S./m./56/Gepäckarbeiter
rez. Ulcera, z.Z. Gastritis, Duodenitis

"Brennen in der Magengegend; es zieht den Magen zusammen; drücken; ruckweise Krämpfe; reißend"

12' Sch.H./w./54/Hausfrau, Näherin
ungekl. Herzbeschwerden, klimakt. Depression

"Druck in der Herzgegend; Herz ist wie ein Kloß, es schlägt so; Herz zittert; alles schwach"
selten: "Wie ein Stich"
Atembeschwerden: "Wie wenn man den Druck heben müßte"
Ausstr. in linken Arm und Rücken: "Ziehend, ein leichter Schmerz"
auch rechts Beschwerden: "Druck und Ziehen; ich meine, mein Herz wäre rechts; ich denk dran, daß ich die Arbeit nicht mehr schaffen kann"

13' H.E./m./52/Elektriker
Angina Pectoris, Coronarsklerose

Herzgegend über Brustbein: "Druck"
einmal: "als ob es überm Herz alles zusammenzieht; als ob da drinnen alles verkrampft wird; plötzlich zieht sich alles zusammen"
jetzt: "Zieht am Herzen; langsames Verkrampfen; komisches Gefühl; da wird's mir ganz ...; geh schon drüber weg"
Enkel betreuen: "Ich bin doch noch zu was zu gebrauchen"

14' D.G./w./33/Hausfrau, Verkäuferin
Ulcus duodeni

Magengegend: "Wie Krampf; als wenn jemand den Magen zusammenpreßt"
rheumatische Beschwerden: Knie, Fingergelenke, WS, Oberarme: "Gelenke wie aufgeblasen, straff, als wenn jemand die Gelen-

ke drückt; als wenn jemand mit einer Nadel durch das Gelenk sticht"

15' St.S./w./27/Gerichtsdolmetscherin
Ulcus duodeni, Narbenbulbus z.Z.

Mitte unter Rippenbogen: "Druck, starker Druck; Gefühl, daß der Schmerz beim Übergeben herauskommen müßte"

16' H.E./m./56/Rentner, Kranfahrer, Elektriker
Angina Pectoris, Coronare Herzerkrankung

Herz, linke Brustseite: "Zieht auf den Rücken und in den linken Arm; wie wenn die Vene eng wäre und man mit einer Stahlbürste über wundes Fleisch fahren würde, kratzt; wie Magenschmerzen; Druck auf die ganze Brust, Druck bis Kehlkopf; strömt aus in linken Arm bis Finger; alles eng; manchmal so stark, daß ich mich krümme auf dem Boden; bin dann kein Kerl"

17' St.W./w./56/Hausfrau
Osteochondrose LWK 5/S1

rechter Unterschenkel, fibulare Wadenseite, links: "Als wären die Beine abgebunden; brennender, kribbelnder Schmerz, wie wenn die Beine eingeschlafen sind; kribbeln bis in die Hüfte"
Hüfte: "Plötzliches Zucken, als wenn man mit dem Messer reinsticht"
Rücken, LWS ausstrahlend: "Stechender Schmerz; als wenn man sich am Messer sticht; ich komm mir manchmal vor, als ob ich hysterisch wäre"
Herz: "Spüre den Kreislauf, merke wie es rumläuft, dann Stich, keine Luft; krampfhafter Schmerz; zieht hinein, daß ich tief schnaufen muß"

18' Sch.K./m./42/Bäcker, Bauarbeiter
Sympathikotonie, hyperkinetisches Herzsyndrom

über dem Herzen, Ziehen bis Clavikula: "Wie wenn jemand da was abdrückt; wie Krampf; kein Platz, als wenn das Zimmer immer enger würde; Fenster auf, Brust schwillt an"

19' P.J./m./77/Postbeamter a.D.
V.a. Gallenblasentumor

gürtelförmig unter dem Rippenbogen: "Zieht im ganzen Leib herum; kribbeln; wie Krampf, als wenn etwas zusammenschnüren würde; haut hier rüber (beim Legen auf die andere Seite); Knoten wälzt sich hin und her; innen drin, lauter innere Schmerzen"

20' G.L./m./42/Mechanikermeister
Kopfschmerz, unklar, Streß

wandernd, vor allem links Parietalg.:
"Pochend; stechend; ziehend; Spannung, wie wenn der Kopf nicht nachläßt; wie nach Alkoholgenuß"
Herz: "Wie Rheuma; drückend, starke Beklemmung" (Schmerzen sehr stark)

21' H.H./m./57/Hochspannungselektriker, Techn. Bauleiter
Zustand nach Myokardinfarkt, Koronare Herzerkrankung

über dem Brustbein: "Herzstechen, richtige Stiche, wie Nadelstechen; zieht in den Arm bis Finger; komisches Gefühl; Beengung; nur der Streß, Ärger"
jetzt: "Froh um jeden Tag"

22' Sch.K./m./35/Karosseriebauer
Phantomschmerz nach Amputation rechter Unterschenkel wegen Osteomyelitis

rechter Knöchel: "Als wenn da jemand gebohrt hätte; sticht mal drin; als käme es irgendwoher; Ziehen bis ins Bein; als könnte es nicht mehr weiter; bin ich halt hochgefahren"

23' A.K./m./74/Rentner, Kapellmeister
Herpes zoster

rechte Gesichtshälfte: "Wie elektrisiert bei Berührung; richtiges Brennen; Brennen auf der Haut und im Mund; wie

wenn zich Nadeln stechen; ziehend bis stechend; zieht übern Schädel rüber bis zum Hinterkopf; als wenn die Nerven plötzlich nach außen gekommen wären; die Nerven; wie ein Peitschenschlag über den Schädel; auf einmal war es da; mich hat's rumgedreht in der Wohnung; es ist grausam; es kommt ein Teil Angst dazu"

24' D.J./m./72/Rentner, Landwirt
Polyneuropathie, evtl. B 12 - Mangel

linkes Bein: "Zieht ins Bein ein bißchen; nicht so schlimm; mehr Müdigkeit, stößt nan Stein, fällst um; beim Bücken ein Stich im Kreuz; wichtig, daß man sich selbst bewegen kann; daß ich keine fremde Hilfe brauche; Energie nicht verlieren"

25' R.E./m./59/Landwirt
Polyradikulitis

Brustkorb, Rippen, Schultern bis Gürtellinie: "Unheimliche Schmerzen; alles hat weh getan; gekribbelt, als wenn tausend Käfer krabbeln würden; als wenn von innen mit Nadeln rausgestochen würde; heller Schmerz; viel stärker, als wenn das Bein einschläft (auf Frage); kein Gefühl, wie tot; bin nicht zum Schlaf gekommen; so ist die Nacht rumgepeinigt worden; rumgelaufen"
zu Beginn bei bestimmter Bewegung: "Reingeschossen; Humor, ist das Letzte, was man aufgeben muß"

26' K.F./w./59/Hausfrau
Polysklerose

Mundhöhle und Zunge: "Ich habe gemeint, die Schleimhaut wär entzündet; wie wenn man sich verbrennt; hat gebrannt wie Brennesseln; die Zunge hat auch innen weh getan; unerträglich; hab halt keine feste Speise mehr essen können"
Beinbeschwerden: "Schwere Beine; Unterkörper zu schwer, Beine zu leicht; Schmerzen haben so überhand genommen"

27' A.H./m./58/Frührentner, Motorenschlosser
Zustand nach GE, funikuläre Myelose

Nabelbereich, vor allem links vom Nabel: "Gefühl, als ob etwas abreißen würde (nach Stuhlgang); ziehen; Druckschmerz; Spannungsschm.; wie zu voll; muß mich eben damit abfinden; nicht empfindlich"

28' M.M./w./38/Hausfrau
Polyradikulitis

Rücken, untere BWS bis Schulterblätter, um Leib gezogen: "Wie ein Kranz, wie wenn ich mit Riemen eingeschnürt wäre; schnürend; ziehend und stechend; hat innen nei gezogen; furchtbar"

29' W.H./m./42/Busfahrer
eventuell raumfordernder Prozeß im RM, V.a. malignen Tumor

Lumbaldreieck, ausstrahlend in Leiste: "Krampfartig, Verkrampfung; wie Koliken; Hexenschuß, Riß; wie ein Schlag mit einem stumpfen Gegenstand, wie Schlag mit dem Hackbeil, mit Scheit Holz; unheimliche Schmerzen, Angst, jetzt kommt es gleich wieder"
von LWS bis HWS, Nackenmitte bis Schulterblätter: "Stich mit der Schere; stechend; wie pochend; wie wenn man verlegen war; es sitzt im Nacken; spannt über die Schulter; wie ein alter Mann"

30' H.F./m./48/Landwirt, Maurer
S1 - Syndrom

rechte Wade: "Hockt darin wie ein Klumpfuß; wie ein Bleifuß; schwer in der Wade; stechender Schmerz; fast nicht zum Aushalten, daß einem der Schweiß kommt; ziehender Schmerz"
rechte Hüfte, Oberschenkel: "Krabbeln, spür, wie's da runterläuft"

1 D.R./w./48/Hausfrau
Rheumatische Beschwerden; Schmerz mittelstark bis stark

"Zieht hoch in die Wade, manchmal bis ins Gesäß; furchtbar müde; so weich, so lummerig; wie wenn sich etwas stauen würde; traue mich nicht mehr draufzusetzen"
steifer Hals: "Regt mich auf, wenn ich denk, ich kann nicht gucken"
Kopfschmerzen, v.a. links, migräneartig: "Stich durch den Kopf; Stechen wie Nadeln im Kopf; Gefühl, das Auge kommt raus; die Schädeldecke trägt's hoch; wie elektrisiert; bald Hysterie"

2 E.M./w./56/Hausfrau, Landwirtschaft
Linksherzinsuffizienz, Gichtische Diath.; Schmerz mittelstark

Herzgegend: "Richtige Stiche; wie wenn eine Nadel drin stecken tät; wie wenn eine Nadel rein ins Fleisch käme; feiner Stich mit feiner Nadel; (Knie grobe Nadel); Ziehen in den Armen"
Knie: "Hab halt kein Gefühl drin; hab halt keine Kraft drin; Stiche; wie wenn Nadeln reinstechen; mit grober Nadel (Herz: feine Nadel); totes Gefühl, wie wenn es nicht da wäre"

3 K.I./w./47/Hauswirtschafterin im Pfarrhaus
rheumatische Beschwerden; Schmerz mittelstark bis sehr stark

Rücken, Arme, Hüfte, Unterleib: "Ziehender Schmerz; so weh wie Wundschmerz; man ist wie krank, kaputt"
Hüfte: "Furchtbarer Schmerz, wie wenn der Zahnarzt auf Nerv kommt; man zuckt zusammen; so ein Nerv; Erschütterung bis in den Kopf"

4 M.O./m./49/Landwirt
Alkoholtox. Leberschaden, chron. Pankreatitis; Schmerz stark

Mitte unter Rippenbogen: "Sticht, stößt auf, reizt zum Brechen; wie soll ich des beschreiben"

5 R.M./m./53/Kraftfahrzeugelektriker, Ausbilder
Cervikalsyndrom; Schmerz stark

Schultergelenke, Kniegelenke, Oberarm: "Ziehender Schmerz; in der Schulter wie reibend"

6 G.M./w./36/Hausfrau
Polyradikulitis; Schmerz sehr stark

linker Fuß, Wade: "Wie fester Druck, so fest; wie abgeschnürt, das Bein; der feste Druck vergeht halt nicht; Kribbeln immer, so taub ist des Bein; da unten hat es so gestochen (Fußsohle); wie wenn was da rein...; zu Beginn war der Schmerz unendlich"

7 B.L./m./61/Fabrikarbeiter, Akkord
Gastritis, Duodenitis; massive somatisierte Stigmatisation, sympt. Depression; Schmerz stark

Links neben Nabel, ziehen um Leib: "Das klemmt so; als wenn's mir die Brust hochhebert; als wenn's da (Rippen) so auseinander drückt; will sterben"

8 B.H./w./46/Hausfrau
Herzbeschwerden o.B.; Schmerz sehr stark

links unter und über Brustwarze: "Kommt plötzlich und krampft sich zusammen; ich mein, es sitzt auf den Rippen, drückt auf das Knochengerüst; wie wenn eine Nadel von innen rausssticht"
Ks Stirn: "Druck von außen drauf; zieht so rum kreisend"

9 G.B./w./80/Hausfrau
Herpes zoster; stärkste Schmerzen

linker Unterbauch: "Sticht; wie Blitz; es wimmert; zuckt so langsam rein; zieht langsam" (wandert von der linken Seite zur anderen, wenn er am Ende ankommt, ist er weg)

10 D.H./w./52/Hausfrau, Fabrikarbeiterin
Leberschaden (Fettleber); Schmerz mittelstark

Magengegend, Handbreit unter Brust, strahlt aus in Mitte und Rücken: "Leiser Schmerz, zieht, sticht ganz kurz, strahlt aus; wie ein toter Schmerz; ich kann's nicht greifen; wie Zahnschmerzen, so Rumoren"
zwei Jahre zuvor Schmerz im ganzen Oberkörper: "Wie ein Schwamm, der zusammenkrampft, und die Couch wurde immer größer"

11 E.E./m./62/Rentner, Angestellter
Linksherzbelastung; Schmerz sehr stark

Brust rechts, links in Herzgegend: "Wie Krampf; verkrampft; als drücke jemand das Herz zusammen; nimmt mir die Luft weg; als wäre jemand drin und drücket mir das Herz zu und nimmt mir die Luft weg, und dadurch zieht der Schmerz darüber; Ausstrahlungen, Stechen, auf die Lunge zu; rübergezogen auf die rechte Seite"

12 L.S./w./25/Orthoptistin
Gastritis; Schmerz mittelstark

in der Mitte unter Rippenbogen: "Ziehender, bißchen krampfartiger Schmerz; ich ziehe mich dann zusammen, wie um den Schmerz herum"

13 H.M./w./73/Näherin
Rheumatische Beschwerden; Schmerzen sehr stark, stärkster Schmerz zu Beginn

Schulter zu Beginn: "Hat so zusammengedreht, wie wenn ein Strick drin wäre, Tag und Nacht hat's gedreht"
jetzt Schulter: "Tut einfach weh, einfach Schmerzen, es ist halt nicht sauber; über Schultern perlt's so nunter"
Knie: "Wie wenn Knochen überhüpft, überschnappt; spannt halt da drinnen; es müßte doch etwas geben; das gibt's nicht, daß ich nicht mehr schaffen kann; hab ja alles getan, kann ja gar nicht gestraft werden"

14 S.M./w./46/Hausfrau
Pleuritis; Schmerz mittelstark

rechte Seite, von Nabel bis Schultern, vorne und hinten bis zur Wirbelsäule: "Mir war's, wie wenn's innen gepatscht hat, wie da was geplatzt wär', und dann ist es halt angegangen; mir is bis da rauf gewesen; wie in Eiter und so Nädele; gestochen; hat direkt gequietscht da drinnen; wie's halt kommt, so wird's genommen; bin nicht sehr schmerzempfindlich; hab nie gesagt, des kann ich nicht mehr machen"

15 R.W./m./47/Maurer
Coronarinsuffizienz; Hyperurikämie, Atherogene Stoffwechsellage, Leberparenchymschaden, leichtes Lungenemphysem; Schmerz mittelstark

ganze linke Brustseite: "Druck und Ziehen; kann man schlecht schildern, merk halt, daß irgendwas nicht in Ordnung ist; als mal so stechen; zieht in mein' Arm; daß ich mein' Arm nicht hoch bring; krieg so ein Herzklopfen; mein Herz springert raus; merk das überall; die Enge so, krieg keine Luft; meine, es macht mir die Brust zu; Gefühl, am Herz stimmt halt was nicht; ich mein immer, jetzt ist Schluß"

16 M.V./w./47/Ärztin
Zustand nach OP Bandscheibenprolaps; Schmerz schwach bis sehr stark

Oberschenkelmuskulatur, Schienbeine, Leistengegend, Zehen, Kniegelenke, Knöchel: "ändert sich alle Augenblicke, wie ein Floh hüpft das herum; Mißgefühl, verändertes Körpergefühl, schwillt so an, daß es dann zum Schmerz wird; man kann nicht sagen, ob es schon Schmerz ist oder nicht; man muß sich sagen, es ist ein schönes Gefühl; unerträglich ist es nicht, aber sehr lästig, immer so ein lästiges Gefühl; wie rheumatische Beschwerden, darunter versteht man ja was Ziehendes; manchmal sticht's in der Wade; die Sprache hat nicht genug Wörter; brennt es hier die Kniescheibe; zieht da so, hat man den Eindruck, es schwillt da so an, bis es zum Verkrampfen kommt; zuckt so, die einzelnen Fibrillen, das sieht man auch, als ob man Würmer drinnen hat, die sich bewegen, wie Würmer in einem Sack, als ob die so durcheinanderwimmeln; schwillt

so an und plötzlich kommt es zum Krampf, wie Muskelkrampf"

17 B.P./w./17/Serviererin in elterlicher Gaststätte
Peripherer Plexusschaden, Ursache unbekannt; Schmerz mittelstark

rechter Unterarm, v.a. radiale Seite, Daumen: "Es zieht, anhaltend ziehender, abwechselnd stechender Schmerz; sticht kurz, bei bestimmten Bewegungen"
beim Hochheben: "schläft ein, kribbelt dann bis da rauf, Schmerz direkt ist es keiner, aber unangenehm, weil es doch im Moment da ist und dauert an; manchmal hab ich überhaupt kein Gefühl, und da mein ich, ich könnte gar nichts heben; einmal ist es raufgezogen, und dann hab ich Halsschmerzen gekriegt, wie wenn alles belegt wäre und der Kopf so aufgedunsen; frag mich, warum's des gibt und warum des sein muß; so daß ich dauernd dran denk ist es nicht, nur bei spezieller Bewegung, dann zuckt man zurück"

18 D.E./w./67/Rentnerin, Sekretärin
raumfordernder Prozeß im RM, wahrscheinlich Meningeom

untere LWS, seitlich ausstrahlend: "Gefühl, als wär was eingeklemmt; wenn ich unbewußt den Kopf bewege, zuckt es durch wie ein Strahl; daß man denkt, man kriegt 'ne Schüttellähmung; ein gellender Schmerz; die Quelle ist immer da; dieses Durchzucken, dieses Stechen; ich könnte schreien; kommt blitzartig"
Frage: Dauer 5 Minuten? "o ja, wenn nicht schon der nächste Strahl wieder kommt, so daß es 'ne Kette wird; in den Beinen so ein inneres Kältegefühl; alles ganz taub; (bei Bewegung) als wenn tausend Nadeln drin wären; als ob ich so 'ne dicke Sohle hätte (5 cm); an und für sich glaubt einem kein Mensch, daß man Schmerzen hat, vor allem wenn man ein beherrschter Patient ist"

19 U.W./w./55/Verwaltungsangestellte
Osteoporose mit Wirbeleinbruch; Schmerz schwach bis sehr stark

LWS bis Hüfte: "Schmerzen wandern so, mal sitzen sie rechts, mal links, mal in der Mitte; ziemlich starkes Ziehen, manch-

mal ist es so, als ob's einen Schlag in den Rücken gibt; als ob jemand mit 'nem spitzen Gegenstand in den Rücken haut (spitzer Gegenstand auf Frage); plötzlich haut's in Rücken und dann fahre ich zam und warte schon ängstlich auf das nächste mal, weil's furchtbar weh tut; mehr fast als ein Stich; manchmal pocht es auch so, dann mein ich, es ist im Wirbel, daß es so pocht; beweg mich kaum noch"

20 J.H./w./75/Hausfrau, Landwirtschaft
idiop. Facialisparese; Schmerz nicht geklärt

rechte Gesichtshälfte, v.a. Stirn, Ohr, Auge: "Man meint, es meißelt; sticht und hämmert; da drückt's da und dann dauert's net lang, dann ist das im ganzen Hirn; das war kein Kopfweh, das war ein stechender Schmerz oder ein reißender Schmerz, es drückt und reißt; ich hab gedacht, ich vergeh; es war arg; da konnt ich den Schmerz überhaupt net aushalten"
Glaube: "Er hat's Kreuz geschickt, er hat auch geholfen es zu tragen; drücken auf's Gemüt"

21 M.R./w./70/Hausfrau
Zustand nach Insult, Verd. auf retroorbit. Tumor

Stirn, anfangs Hinterkopf, rechtes Auge: "So, wie sie gekommen sind, so geh'n sie auch wieder weg; es drückt dann aufs Aug; halt hauptsächlich aufs Aug...; es war halt immer a Schmerz da; hab manchmal gar nicht so geachtet"

22 Sch.G./m./72/Rentner, Kaufmann
Bandscheibenprolaps; Schmerz stark

rechtes Bein, Quadrizepsmuskulatur, Kniegelenk, Schienbein: "Sitzt im Gesäß und strahlt aus; (selten Ausstrahlung nach links); derartige Schmerzen, daß ich dachte, ich krieg Knochenhautentzündung (Patient hatte Sehnenscheidenentzündung); bin auf allen Vieren gekrochen, konnt nicht laufen; verhärtete Muskeln, Verspannung im Knie; krampfartig; so ein Druck auf dem Bein; es fühlt sich an, wie wenn man eine blutunterlaufene Stelle hätte; Gefühl, als wenn Blut sich anstauen

würde; es ist nur eine zunehmende Ermüdung; bin unduldsamer geworden"

23 M.M./w./52/Angestellte
Polyneuropathie; Schmerz sehr stark

linkes Bein, Hüfte, Leiste, bis LWS: "Sobald ich 'ne Bewegung mach', ist es wie ein Messerstich, aber anhaltend; dann tut das ganze Bein weh, dann zieht das bis unten hin; ruckartig, so'n Reißen; die Krankheit macht einen nicht grad heiter"

24 M.E./w./62/Krankenschwester in Indien
Beteiligung eines Intercostalnerven durch Metastase (Lobektomie wegen Bronchialkarzinom) oder Narbengewebe;
Schmerz sehr stark

rechte Thoraxseite, 6. - 7. Rippe, Schulterblatt, Sternum: "Stechende Schmerzen; (auf Frage) feste Stiche; zuerst war's ein Brennen, jetzt ist es mehr ein Stechen als Brennen; anfangs: mit dem Pulsschlag sind die Stiche; jetzt ist es ständig; ich hab keine Rücksicht auf mich genommen"

25 Sch.M./w./72/Rentnerin, Weißnäherin
S1 Syndrom; Schmerz sehr stark

linkes Bein, lateral, ab Leiste, Wade bis Ferse: "Wie soll ich sagen, gestochen hat's auf keinen Fall; kann man sagen gezogen?; es war eben ziehend, kann man sagen; des hat so geschmerzt und geschmerzt"
Ferse: "Da mecht man grad sagen, jetzt war's Schluß, da is naus; ich hab durch vier Wochen in der Nacht nicht geschlafen, des war'n furchtbare Schmerzen; wenn man keine Ansprache hat, denkt man nur an den Schmerz; lieber Gott, helf mir oder nimm mich zu meim Hermann" (verstorbener Ehemann)

26 W.E./m./34/Kraftfahrer
Claudicatio intermittens; Schmerz stark

links Wade (10 cm): "Beim Laufen, des sind keine Krämpfe, Brennen is des; ich denk bloß, jetzt muß es bald so weit sein"

27 F.M./w./54/Hausangestellte
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz stark bis sehr stark, manchmal stärkste Schmerzen

rechtes Bein, Hüfte bis in die Waden, Unterschenkel, ganzes Bein: "Das zieht immer so runter; des zuckt immer so, so'n Riß gibt's; so Riß, so Ziehen; sticht im Knochen; amal spür ich gar nichts, dann kommt des plötzlich wieder, daß ich net laufen kann"

28 Z.E./w./38/Hausfrau, Landwirtschaft
Diskusprolaps; Schmerz sehr stark, stärkster Schmerz

linkes und rechtes Bein, Leiste bis Unterbauch, laterale Wadenseite:"(Beginn) Es hat im Knochen da drin so gekrabbelt; mit dem Kribbeln fings an; ich hab manchmal gedacht, es wär so entzündet, weil das alles so gehämmert und gepocht hat; hat geklopft, ich war wie gelähmt; hab gedacht wie Rheumatismus; ziehend und stechend"
Leiste: "So richtig verkrampft; stark krampfartig, gedacht, es geht nimmer auf; als wenn Sie an hohlen Zahn ham und der Zahnarzt bohrt ununterbrochen immer tiefer rein; als wenn ich immerzu so zappeln müßt, ohne daß ich es wollt; war ein Martyrium; von unten rauf so taub; Gefühl, als wenn man sich verbluten würde, so langsam; oh, jetzt kommt's wieder"

29 Z.E./w./35/Krankenschwester
somatisierte endogene Depression, Polyneuropathie; Schmerz stark

Beginn: Hände bis Ellenbogen, Innenseite der Füße; jetzt: Unterschenkel, Oberschenkel, links ganzes Bein: "(Beginn) Ziehender Schmerz"
Hände: "Da ist ein elektrisierender Schmerz da rein gefahren, als wenn du in ein undichtes Stromnetz langst, wie ein leichter Schlag"

jetzt: "Auf der Haut von Ober- und Unterschenkel ein brennender Schmerz, wie wenn ich mich mit Brennesseln gebrannt hätte"
Berührung: "So leicht elektrisierend; wie ein Prickeln; des is aber auch recht unangenehm; jede Berührung verursacht Schmerzen; wie eine Verbrennung, als ob ich mir eine Verbrennung 1. Grades zugezogen habe; zu Hause war'n die Schmerzen viel, viel stärker, so daß ich manchmal weinen mußte; bis zur Maximalhöhe des Erträglichen"

30 R.L./w./67/Hausfrau
Differentialdiagnose: Verdacht auf spinale Raumforderung, Encephalomyelitis disseminata; Schmerz stark

rechtes Bein, Unterschenkel, lateral bis Knöchel, Fuß, Knie abwärts, auch Bein: "Des is ein Gefühl, wie wenn ich so eine offene Wunde habe und des brennt; ich hätte eine brennende Wunde, so ist das im ganzen Bein; wenn Sie 'ne Wunde ham und sie ham sich geschnitten, des brennt doch so, so ähnlich ist das; hab auch das Gefühl, als platzt das Bein, als wär irgendwas drin, das sprengt das Bein; Gefühl, des wär dick; Gefühl, als wenn ich im kalten Wasser stehen würde; des brennt und brennt und hört überhaupt nicht auf; manchmal sind sie unerträglich"
Leib: "Sticht wie mit Nadeln; des hab ich schon immer, des gehört dazu bei mir"

31 W.F./w./58/Sportlehrerin
Meningoradikulitis; Schmerz stark

in Hüfte, um den Leib herum, beide Arme, rechtes Bein: "Ein gleichbleibender Schmerz, der nicht aufhört, es geht im ganzen Körper rum; also beschreiben kann ich den nicht; stechend und wie gesagt, im ganzen Körper gleichmäßig; nicht immer, daß er stechend ist, aber ich weiß nicht, wie ich es sonst beschreiben könnte; jedenfalls hab ich noch keinen stärkeren Schmerz erlebt; stechend und dauernd rundherum gehend; ein Schmerz, der sich bewegt; ziehend könnt mers beschreiben"

32 St.R./w./23/Näherin
Polyradikulitis; Schmerz mittel bis sehr stark

beide Beine, Oberschenkelvorderseite, Kniekehle: "Sticht da nei; des zieht dann hin und her; wenn ich merk, daß ich eiskalt bin, dann ist es aus"

33 W.K./m./41/Angestellter
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz stark

links LWS, Gesäß, Oberschenkel dorsal, Knie, Schienbein bis Fußgelenk: "Wie wenn man an Bohrer nimmt und bohrt den Knochen an; also wie wenn da drinnen was bohrt; nach unten ausstrahlend so ziehend; es war, wie wenn man mit der Bohrmaschine in Knochen haut; es war manchmal so stark, daß ich nicht mehr laufen konnt"

34 B.L./m./43/Verputzer
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz sehr stark

LWS, Rücken, Beine dorsal, Waden: "(auf Frage) Des hat gestochen und hat gezogen; wenn ich nachts im Bett gelegen bin, hab ich gedacht, ich lieg auf lauter Ameisen, so hat das gekitzelt; als amal hab ich gedacht, mir haut einer a Messer ins Kreuz rein; wie so ein Stich war das; war direkt wie gelähmt, wie gesperrt; also taub war'n sie nicht"
Bewegung: "Des reißt von oben bis unten naus; ich konnt' mich nicht mehr bücken und nichts mehr heben; Mitleid gibt's da bei uns net"
Arbeitgeber: "Nur eine Null"

35 Sch.K./m./Rentner, Straßenarbeiter
Gonarthrose, Coxarthrose; Schmerz sehr stark

Links Leiste bis Hüfte, Glutaeusmuskulatur, Oberschenkel lat. und med., Kniegelenk lateral und medial: "(Frage) Stechen tut des net, des zieht mehr, des zieht; wenn ich aufsteh', dann geht des, wie wenn ich an Kaugummi nimm und zieh so ausanander; des zieht so auf und geht nachher

wieder zu; des tut alles weh; der Schmerz steckt da drin (Oberschenkel); wenn man morgens mit den Schmerzen aufsteht und den ganzen Tag die Schmerzen hat, wird man überdrüssig; hab mich mit dem Schmerz abgefunden"

36 K.A./m./59/Schmiedemeister
Stenokardie nach Herzinfarkt; Schmerz stark

Herzgegend, Ziehen bis Schulter, Hals, Rippenspitze l., Rücken: "So Art rheumatisch; das is so Reißen; manches Mal, da hab ich auch wie so schwach Zucken; stechender Schmerz; der stechende Schmerz ist so abwechselnd, woll'n mal sagen, wie der Puls schlägt; manches Mal spannender Schmerz; des is so Klemmung, wie so Kröpser; hat so gegens Herz gedrückt"

37 F.P./m./37/Maurer
ungeklärte Kniegelenksaffektion; Schmerz stark

rechtes Knie, laterale Seite des Gelenks, Ziehen in Wade: "Was soll man da viel sagen; da tät man am liebsten alles wegschmeißen, da krieg ich dann Krach mit meinem Chef; manche Tage sticht das auch, will sagen, als tät einer mit der Nadel als mal neinstoßen; sag immer, ein Mensch kann viel aushalten, fragt sich nur wie, als amal verliert man auch die Lust; überhaupt, wenn man läuft, meint man als, es ist Schluß; es ist halt peinlich; da krieg ich Lust zum Aufhängen"
Hand: "Wie Stromstoß"

38 V.P./m./41/Schreiner
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz sehr stark

LWS, rechts; Gesäße, laterale Seite des Beines bis Knöchel, Leiste; Rücken, Schulter: "(Laufen) dann stichts, wie wenn ich Nadeln drin hätt'; hauptsächlich Stechen, aber auch Ziehen"
Rücken: "Des war ein Ziehen; kann ich gar nicht grad aufstehen, das Becken ist verschoben"
Bein: "Manchmal hab ich das Gefühl, als ob das Bein ganz

heiß ist; dann fängt's an und zuckt so; fängt an, wie wenn der Schmerz das Bein runterläuft; auf einmal fängt's an wie so'n Reflex (Handbewegung, Zucken); es wird alles zuviel"

39 K.L./m./76/Vertreter
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz sehr stark

rechts: LWS, Oberschenkel dorsal, Wade, Fußrücken, Zehen: "Fängt hier (Leiste) an, bis rüber zum Knorpel (Steißbein) und strahlt aus; das ist ein ziehender, beinah stechender Schmerz; im Moment ist er unerträglich; es ist ein ewiger Schmerz, ich möchte sagen, es sind Höllenqualen, daß ich anfange zu weinen; (abends) ein Ziehen, ein Druck im Oberschenkel; es waren weniger Schmerzen, es waren Krampfzustände, daß es mir beinahe die Beine weggezogen hätte"

40 F.M./w./17/Schülerin
Zustand nach Operation eines Ulnariscompressionssyndroms, Schmerzen nicht erklärbar; Schmerz sehr stark

rechts: Ellenbogengelenk innen, ulnare Unterarmseite, Handgelenk innen; manchmal Oberarm bis Schultergelenk; links Handgelenk innen: "Des is a weng a Stechen; (Oberarm, Unterarm) mehr Ziehen; anders kann ich nicht sagen; wenn ich gearbeitet habe, ist es mit einem Schlag da; ich hab mich praktisch daran gewöhnt damit zu leben; (Angst?) ich kann gar keine Angst davor haben, weil ich ihn ständig habe"

41 G.A./m./42/Maschinenarbeiter
L4-Syndrom; Schmerz mittelstark

rechts: LWS bis Hüftgelenk, Oberschenkel Vorderseite, Unterschenkel lateral bis Knöchel; links: manchmal Hüfte, Gesäß: "(Februar) Ein Schmerz beim Setzen, wie mi'm elektrischen Strom, ein stechender Schmerz; (am 2. Oktober) des war wie elektrisiert, wie so Zahnschmerzen; so ein Ruck; (jetzt) mehr ziehender Schmerz, Druck; (bei Belastung) mehr stechender Schmerz; (beim Laufen) Schwäche im Bein und des bremst"

Schienbein: "Von darüber ist es ein Brennen, wie ma sagt, man hat a Brennessel da dran; Kribbeln; wie's einschlafert; bin wie ein Krüppel zur Arbeit und unter Tränen; wenn man den ersten Ruck merkt, dann kommt ja die Angst, hoffentlich kommt es nimmer so stark"

42 S.H./m./53/Hausmeister
Trigeminusneuralgie; Schmerz sehr stark, stärkster Schmerz

rechte Gesichtshälfte: 3 NAP, bei Berührung Backe: "Es ist ein ganz heller, greller Schmerz; scheußlich; so anfallsmäßig, ein heißer Schmerz; jeder Löffel, der reinkommt, man meint so die Strahlen, die kommen; kann man gar nicht sagen wie; Zahnziehen ist ein Kinderspiel; man wartet drauf; beim Laufen jede Erschütterung, der bleibt eigentlich oben über der Augenbraue"

43 W.M./w./55/Furnierarbeiterin
Trigeminusneuralgie; Schmerz sehr stark

linke Gesichtshälfte, Kinn zum Auge, Kieferwinkel zum Auge, über die Backe: "Ich hab denkt, ich dreh durch; des sticht so ins Aug nei; zuerst hab ich da so an Punkt g'habt, und wenn ich da her g'langt hab, dann hat's so elektrisiert und hat da gestochen und da gestochen; mir hat der Kiefer weh getan, daß ich gedacht hab, ich hab Zahnweh, ich hab doch keine Zähne mehr; is einfach so eine Sekunde da hinaufgestochen; (Auge) will sagen, wie wenn man so an elektrischen Schlag kriegt, des war grad so eine Sekunde; des war ja fürchterlich; ich bin schon a bisserl abgehärtet, aber des war zuviel; es war überhaupt kein Interesse da"

44 H.E./w./49/Arbeiterin
unklarer immunologischer Prozeß; Differentialdiagnose: Myositis, chronischer Denervierungsprozeß; Schmerz mittelstark bis stark

rechts: Ellbogen bis Finger, mehr Innenseite, Oberarm bis Schulter, z.T. Schulterblatt: "Die ziehen im ganzen Arm rum, sind amal da und amal da, und es ist auch a bißchen a taubes

Gefühl; es ist a komisches Gefühl und tut manchmal schrecklich weh; es ist fast wie Rheuma, es kommt und geht, es ist ganz verschieden; es blitzt manchmal nei, und dann dauert's und fängt an zu ziehen; es sticht mehr, es tut richtig weh; es gibt dann keine Ruh; es kommt wie's kommt, und so kann's auch geh'n, aber es kann auch länger dauern, und dann zieht's"
Oberarm: "Des is wie wenn was drückt; wie wenn da was nicht mit hin und her geht; (bei Bewegung) mir sind als die Tränen runtergelaufen; ich bin jetzt ganz deprimiert; (anfangs) ich hab mir halt keine Gedanken gemacht; wenn ich ihn als bewegt hab, is mir's schon neigeblitzt"

45 H.M./w./44/Kontoristin
Tumor, Symptome der Trigenimusneuralgie; Schmerz sehr stark

rechte Gesichtshälfte, Kinn, Wange, Zunge seitlich: "Des kam, ging, kam, ging, mit einer Wucht; so, als würde man mit einem Stacheldraht so durch die Gegend ziehen; manchmal mein' ich, die oberen Zähne würden von oben in den Mund gestoßen und die unteren von unten rein; im nächsten Augenblick da sticht das; ich möcht fast sagen, wenn man da nunter schaut, und man sieht die Eisenbahn, und da funkt es so; immer nur sekundenlang; wie wenn man den Nerv aus dem Zahn zieht; so richtig zackig, so bösartig; des breitet sich aus; es is einfach, als würd' man mit Nadeln losgehen, oder es funkt, oder man an Schlag kriegt, solche Attacken sind des; die zucken so weiter, des krabbelt so weiter; fängt an zu klopfen; ich leb damit schon zehn Jahr', es war wie ein Stück von mir"

46 H.M./w./46/Geschäftsfrau
Diabetische Polyneuropathie, Irritation des Nervus cutaneus femoris lateralis; Schmerz mittelstark

linkes Bein, Oberschenkel Vorderseite: "Es ist immer, manchmal ist es schmerzhaft, manchmal weniger; wie eingeschlafen, als wenn's so kribbelt, Ameisen durchlaufen; als amal is, wie wenn man ne Brennessel drüberzieht; pelzig; komisches Gefühl, unangenehm; wie so taub, als wenn kein Leben drin

wäre; es ist als amal richtig unangenehm; manchmal ist es mehr schmerzhaft, manchmal ist es mehr taub; dann ist es manchmal stechender und schmerzhafter, und dann ist es wieder weg; es sticht ganz plötzlich, als wenn Ihnen was eingeschlafen ist; gar kein Gefühl im Bein; so'n Stechen und ein ganz komisches Gefühl"

47 K.R./w./64/Büroangestellte, Landwirtschaft
Diabetische Polyneuropathie, Hüftgelenksbeschwerden; Schmerz sehr stark; stärkste Schmerzen

LWS, linke Hüfte, Leiste, Oberschenkel, Kniegelenk, BWS, HWS, linker Unterschenkel lateral
Rücken: "Fester Schmerz; (beim Bücken) dann mein ich, es reißt mir alles auseinander"
Oberschenkel: "Hier war's immer so, als möcht das Fleisch abfallen; Schmerzen ist Schmerz, ich kann kein' Ausdruck gebrauchen"
Hüfte: "Manchmal ist es so ein Brennen, als möchte es brennen; wie wenn ich 'ne Wunde hätte und es drinnen tickt; wie wenn der Puls drin geht; es sticht"
Unterschenkel: "Die Beine sind so schwer geworden; es spannt, ist schwer; Ziehen von der großen Zehe her; Kribbeln; ich nehm' keine Notiz, wenn's nicht gar so arg ist, das ist ein Zustand, wo man sich dran gewöhnt; dann muß ich die Zähne zusammenbeißen und es muß gehen; es ist manchmal ganz furchtbar, man muß alleine damit fertig werden"

48 F.K./m./53/Maschinenschlosser
Zustand nach Operation eines Diskusprolapses; Schmerz mittelstark

untere LWS, Ausstrahlung nach rechts, Fußsohle
Fußsohle: "Nachts im Bett ist es wie ein Pulsschlag, so ein Ziehen, als ob der Puls mitging; zieht als bis da rauf (sockenförmig); taubes Gefühl"
Rücken: "Hauptsächlich beim Bücken, des is a Qual; es spannt alles so unheimlich; es ist dauernd, wenn ich mich bück'; des is da hinten ein unheimlicher Schmerz; es drückt; ich sehe keine Besserung, ich werde bald wahnsinnig; warum muß

ich des haben?; das Ungewisse macht mich fertig; ehrlich gesagt, für mich ist's schwer, ich hab gern gearbeitet"

49 L.J./w./47/Hausfrau, Arbeiterin
Knochenmetastasen bei Mamma-Karzinom; Schmerz sehr stark, manchmal stärkster Schmerz

Rücken, WS, Rippengegend, rechts bis ins Bein: "Da denk ich, da sitzt alles unter Eiter; da denk ich, wenn ich mich drauf leg, das kann man gar nicht beschreiben, wie schmerzhaft des ist; des sticht direkt (an 2 Stellen); es zieht am Arm so entlang; es sind Schmerzen; da weiß ich net, wo ich mich hinlegen soll; Ziehen im Bein; ich hab geweint und gewimmert (einmal); ich kann Schmerzen ertragen, ich kann nicht jammern"

50 F.G./w./44/Angestellte
Gefäßbedingter Querschnitt; Schmerz stark

rechts: seitlich der LWS, Hüfte, Leiste, ganzer Oberschenkel bis Knie: "Des is ein dauernder bohrender Schmerz; ich hab mich schon so daran gewöhnt, wenn ich den Schmerz nicht hab, dann denk ich, was ist denn jetzt; immer der dumpfe bohrende Schmerz; des zieht manchmal so in den Fuß rein; dann fährt mer's da hinten rein; man darf sich nicht gehen lassen"

51 Sch.M./w./78/Hausfrau, Landwirtschaft
Herpes zoster; Schmerz sehr stark

links: Schulter, Achsel, lateral zur Brust: "Ein Nervschmerz; wie a wilder Zahnschmerz; wie der teuerste Zahnschmerz; da hatt' ich so elende Schmerzen; wie das schlimmste Zahnweh, ja, ja, des is nichts Schönes; da hab ich ganz schreckliche Schmerzen gehabt, o Gott, o Gott, o Gott; der verteilt sich und immer in die Richtung, wo die Nerven aufhören; ich sag immer wieder, denken's an die stärksten Zahnschmerzen; der zieht rum"

52 W.J./m./20/Techn. Zeichner
Ulnariscompressionssyndrom; Schmerz sehr stark, auch mittel

rechter Arm: Handgelenk, Ellbogengelenk, ulnare Unterarmseite, z.T. bis Fingerspitzen: "Des is wie ein Krampf; wie ein Pulsschlag; wenn der Puls schlägt, dann geht der Stich bis zum Ellenbogen; wie ein elektrischer Strom"

53 F.H./w./55/Hausfrau, Gemeindehelferin
Carpaltunnelsyndrom; Schmerz schwach

rechter Arm, ulnar von Ellenbogen bis zum kleinen Finger: "Des zieht da unten hinner bis zum Ellenbogen; (gegen Morgen) da wird alles so taub, wie wenn die Hand einschläft, denn tut des so bitzel, dann krieg ich das Gefühl, wie wenn die Hand anschwillt, wie wenn die Hand geschwollen wär'; (Bewegung) dann tut alles weh; das spannt und tut den Schmerz verursachen; sobald ich die Finger bewege, dann kommt der Schmerz; so lammentier und jammern tu ich nicht"

54 R.G./m./45/Kontrolleur bei SKF
Zustand nach Wirbelkörperfraktur, anschließende 3wöchige Querschnittslähmung; Schmerz sehr stark

rechte Körperhälfte: Ferse, Wade, Oberschenkel dorsal, Rücken bis Schulterblätter: "Ich kann Ihnen gar nicht sagen, wie des ist; des zieht da im Bein da hinten nauf; ich kann, wenn er richtig stark ist, noch nicht amal sagen, wo's weh tut; bei jedem Schritt, bei jeder Bewegung; sticht amal, na rumorts, na ziehts; wie wenn man mit'm Stecken an die Waden haut; (Laufen über Unebenheiten) des is grad wie elektrisiert; grad, als wenn ich lauter Nadeln in den Waden hätt; (Stuhlgang) da drückt des direkt auf die WS; (Stein) dann tut des an Riß; des sticht und klopft; (Heben) dann denk ich, das Kreuz bricht auseinander; also die Schmerzen, die kann man nicht betrachten; wenn jemand sowas nicht gehabt hat oder net gefühlt hat, der kann des nicht begreifen; viele wollen's nicht sehen; das glauben die Ärzte auch nicht; manchmal is' grausam"

55 H.A./m./49/Installateur
LWS-Syndrom; Schmerz mittelstark

Linkes Bein, Gesäß, Oberschenkel dorsal, Kniekehle, Wade bis Knöchel: "Des fängt da hinten an und zieht runter, dann läuft's wieder hoch; wie wenn's am Knochen innen drin wäre; wie soll ich Ihnen des beschreiben; zum Aushalten, des is so ein Stechen, wie wenn man plötzlich mit dem Messer einen Stich ins Hüftgelenk kriegt, und des läuft dann bis runter; so Reißen; wenn ich nies' mein ich grad, ich krieg's Bein rausgerissen; jetzt is'ma wieder da neigefahren; wie wenn man da a Loch neigebohrt kriegt"

56 B.E./m./43/Fußbodenverleger
Lumbalgie, Schmerzen nicht erklärbar; Schmerz mittel bis sehr stark

linke Hüfte: "Wenn so an Nerv, wenn der Zahn auf Eiter sitzt, so stechende, tobende Schmerzen"
große Zehe links: "Der tobt, des geht amal a kleins bisserle zurück und dann kommt er wieder"
Rücken und Oberschenkel links: "So ein gleichbleibender Schmerz; zieht in Oberschenkel rein"
Unterschenkel, Unterarm, Fußrücken, Fingergelenke (Knochen): "Kommt und fängt leicht an und ist als wenn man an benzingetränkten Lappen ins Feuer wirft; als wenn's heiß werden würd; ich hab das Gefühl, als wenn's im Knochen drin wäre, oder in den Sehnen; wenn des immer und immer tobt da; der is amal da und is amal dort; der allerschlechteste ist der in der großen Fußzehe; da meint man als, man schnappt über"
Magen bei Aufregung: "Des is wie so a Zuckn, momentan"

57 B.G./m./58/Kraftfahrer
Claudicatio intermittens; Schmerz mittel bis stark

Beine ab Gürtellinie, Oberschenkel, Wade, Fußgelenke: "Das fängt hier an (Hüfte), dann geht's in die Oberschenkel, dann tun die Knie weh, dann geht's in die Waden, wie ein Krampf; des gibt dann unheimliche Schmerzen; die Perioden werden immer kürzer; hier oben ist alles taub, Taubheitsgefühl; des is, wie wenn da oben alles abgeschnürt ist; hier in den Gelenken gibt's Schmerzen, als wenn ich überlastet wäre, dann

werden die Oberschenkel taub, dann fangen die Knie an zu schmerzen, dann geht's in die Waden, wie Muskelkater, dann in die Knöchel, da gibt's wieder richtige Schmerzen; (linke Seite) da krieg ich direkt an Stich drin, dann zuck ich zusammen; bin nur noch ein halber Mensch; daß man will und nicht kann, das ist das Schlimmste; man schämt sich selber, man kommt sich so blöd vor; werde bald als Simulant bezeichnet; dumme Gedanken; da kann man manchmal durchdrehen"

58 O.F./m./74/Außenhandelskaufmann
Claudicatio intermittens, Kniegelenksaffektion

Wade: "Hab des Gefühl, als ob des noch verkrampft is; ich nenne des keinen großen Schmerz, des ist ein Krampf; ich kann nicht mehr gehen; des Gefühl eines Krampfes werden Sie ja kennen; es sind nun nachhaltige Schmerzen; des hat Nachwehen; von unten fängt's an zu krabbeln; ich nenn' des keinen großen Schmerz, nur weil ich nicht mehr laufen kann; jetzt muß ich hinken in der Stadt, des war ja fürchterlich peinlich, ich hab dagegen angekämpft"
Knie lateral: "Wenn da drinnen a Wasserglas, a Behälter wär', mit Wasser gefüllt, und des sprudelt; ich merk, das da was brodelt drin; der ist sehr stark, da könnt ich schreien"

59 Z.K./w./41/Bürohilfe im eigenen Betrieb
Rückenschmerzen, depressiver Verstimmungszustand; Schmerzen mittel bis stark

untere bis obere BWS, HWS, seitlich ausstrahlend: "Jetzt ist es ja so, daß ich net amal schlafen kann, daß ich net amal durchschlafen kann; ich hab hier an ganz heißen Schmerz, und des zieht dann hier rüber und des zieht hinauf in den Kopf; wenn's ganz schlimm ist, dann kann ich noch nicht einmal sagen, wo's weh tut; das ist ein komischer Schmerz, so ein heißer Schmerz; da kann ich nicht durchatmen, so sehr sticht der; so ein Punkt, wo man merkt, von da gehen die Schmerzen aus; wenn ich aufrecht bin, dann sind die Schmerzen zum aushalten, wenn ich lieg, dann sind sie so stark, dann muß ich

aufstehen; und des hältst a Zeitlang aus, zum Schluß wird einem dann alles zuviel, das wird oft so stark, daß ich richtig Kopfschmerzen hab; (Liegen) das wird immer schlimmer, so schlimm, bis mich's dann raustreibt; (Putzen) da mein ich, ich brech ab; da hab ich ganz scheußliche Schmerzen; des ist oftmals ganz heiß, daß es mich ganz heiß überläuft; manchmal mein ich, ich halt's nicht mehr aus; bin keine eingebildete Kranke"

60 Sch.Z./w./57/Hausfrau
LWS-Syndrom mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz mittelstark

Steißbein, links Gesäß, Oberschenkel dorsal, Wade bis kleine Zehe: "Hab immer so ein' Druck hinten auf dem Darm"
Fuß: "Wie so lahm, kein richtiges Gefühl drin; die Schmerzen die hab ich nur im Bein und hinten im Kreuz"
"Weiß net, es tut halt weh, hab so'n Druck auf dem Darm, hier hab ich immer so ein Stechen, hier in der Hüfte"
Oberschenkel: "Des sind Schmerzen dann; (auf Frage) ich würd sagen ein ziehender Schmerz; wenn ich lang steh, dann spür ich das ganze Bein"
Darm: "Den Druck auf den Darm, den hab ich ständig; als wenn was drinnen wär, was drückt, so'n Fremdkörper; das Stechen, des kommt ganz plötzlich, aber der Schmerz, der steigert sich so allmählich"

61 Sch.E./w./66/Rentnerin, Landwirtschaft
Herpes zoster ophthalmicus; starker bis stärkster Schmerz

linkes Auge, linke Stirnhälfte: "Gegen Abend hat sich ein Brennen bemerkbar gemacht; kolossale Schmerzen vom Auge nauf in die Stirn; so wenn man als beim Zahnarzt auf den Nerv gefühlt kriegt; des is so a Stechen in die Augen und dann geht's an Kopf nauf; wie wenn der Zahnarzt auf den Nerv kommt, und des sticht so bis ins Hirn nauf; direkt a Nervenentzündung; vor Schmerz läuft da helles Wasser raus (Auge); ich konnt's nimmer aushalten; da hat mich's direkt zamgezogen, wenn der komm is; so a Brennen war in die Auge;

ich konnt ja nichts lesen, ich konnt ja nichts essen; des wünsch ich meinem ärgsten Feind ja nicht, den Schmerz; es war furchtbar; da am Aug is ma ja auch empfindlich; des is grad, wie wenn Sie so an rechten Zahnschmerz ham; wie so an zuckiger Schmerz, so neigefahren so stechend"

62 Sch.U./m./32/Maschinenbautechniker
S1-Syndrom; Schmerz stark

rechts: Wade, Oberschenkel dorsal, Hüfte, Zehen pelzig;
Wade beim Gehen: "Anfangs gings, und grade als man stehen bleiben muß, dann war der Schmerz da; des kann man teilweise stechend und auch, daß des so gleichmäßig war; man hat gemeint, das Bein schläft ein, so taub"
Wade: "Wie so'n Scheuern; wie wenn Schmirgelpapier reibt; da verschieben sich ja die Muskeln; auf einmal zieh ich automatisch das Bein nach; man wird immer wieder dran erinnert; den Schmerz kann man ja nicht beschreiben"

63 R.E./w./41/Hausfrau
S1-Syndrom, depressiver Verstimmungszustand; Schmerz mittelstark

LWS, Oberschenkel dorsal, Wade, Knöchel: "Auf einmal konnt' ich früh nicht aufstehen, mir tat alles weh, ich lag wie ein Stock im Bett; es zieht mir von hier (Hüfte) da runter, ich hab Schwierigkeiten beim Anziehen; des an der Wade bleibt immer und des pelzige, taube Gefühl; an Ziehen, von da oben fängt's halt an, wo das Steißbein ist; zuerst tat's so weh, das Husten oder Niesen, da hat's mehr weh getan, das fuhr so rein, wie soll ich das erklären, bei jeder Erkältung, da fuhr das so rein, wie ein Stich"
Wade: "Wie so'n Krampf"
Fuß:"So taubes Gefühl, so pelzig"
LWS: "Am Anfang wars, wie wenn mir jemand mit'm Messer da rumgedreht hätte; wenn ich auf der Seite liege, is das, als läge ich auf'm Brett, wär nur Haut und Knochen, und dann tut alles weh; und dann - ich knicke laufend um mit dem Fuß; ich wollt's immer verheimlichen; ich laß mir das

nicht anmerken; immer den Wunsch, ich möcht hüpfen und springen können; der Schmerz ist erträglich, nur bin ich ungehalten, wenn ich nicht kann"

64 H.L./m./51/Arbeiter
Polyneuropathie bei Vitamin B12-Mangel; Schmerz sehr stark

linkes Bein WS, rechtes Bein bis Knie Taubheitsgefühl: "Des sticht von unten bis ruf, des is der ganze Nervenstrang; wo sich des auslöst, weiß ich nicht; haben Sie schon mal richtig Zahnschmerzen gehabt?, so zieht des im ganzen Bein, und dann stellen Sie mal fest, welcher Zahn des ist; die Taubheit und der Kram ist laufend; (nachts) ich welger mich halt rum, ich muß halt 'ne Stelle suchen, wo's net weh tut; wenn Se sitzen und Sie kriegen so ein Krampf, so fängt das an; dann zuckt des immer wieder durch; (sitzen) da fängt das an wie so Zucken und vibriert"
Knie: "Des sticht mitunter da rein; vor lauter Angst bin ich erst spät ins Bett, die Frau hat direkt geschimpft und gesagt, Du hast direkt Angst vorm Bett und des, wenn man gesagt kriegt als Mann, das is schon ganz schlecht; ich werd da net klar drin; ich hab die Auffassung, daß, wenn ich lauf oder irgendwas, der Nerv gedrückt wird; der ganze Körper ist wie mit Ameisen durchkribbelt; wenn man da etwas will und man kann nicht, dann wirst schon mißmutiger; abgeschoben ans alte Eisen"

65 St.E./w./74/Hausfrau
Herpes zoster; Schmerz sehr stark

linker Arm, Schulter, Brust: "Ja, ja, vielleicht gebrannt am Anfang; des gab an Stich, wie an langen Dolch in Rücken; auf einmal hat sich das darausgemausert bis auf die Brust"
Rücken: "Ich hab wie ein Loch da drin; da merk ich ja doch, da is doch was; (beim Anfassen) dieser helle Schmerz ist plötzlich da; ich sag immer, Schmerzen zehren; was wurschtelt denn da drin rum, was so weh tut; man hat selbst im Schmerz manchmal Zeiten, wo man möcht fröhlich sein"

66 K.L./w./38/Krankenschwester
S1-Syndrom; Schmerz sehr stark bis mittel

LWS, nach rechts zur Hüfte, bis Knie dorsal, anfangs: "Wie wenn ich an pochenden Schmerz hätt, dann hat er rübergestrahlt (Hüfte); wie so a Kolik; Gefühl, wie wenn ein Keil da hinten drin wär; (Aufstehen) Eindruck, wie wenn man a geschwollene Hand zumacht; nies, und aus wars, bin direkt in die Knie gange, wie wenn da hinten alles auseinanderreißt, wie so a Stein; ich hab an Schrei fahren lassen; des hat a Gefühl gehabt, wie wenn hinten as Kreuz alles auseinanderfliegt und wär gebrochen"
Bein: "Des Bein hat es kribbele angefangen und so gestochen; fast wie ein Krampf; ein ziehender Schmerz"
Hüfte: "Wie so ein Kloß; da war a Stelle gesessen, die wirklich intensiv manchmal war; ich hab immer das Gefühl, als steht ein Knochen raus dahinten"
Oberschenkel: "Brennend? Wie wenn he Säure drüberschüttet, wie wenn man ein Netz drüberspannt; gesucht, daß de a Lage hast, wo du den Schmerz gelindert hast; der Arzt hat mich als Simulant angesehen"

67 K.B./m./33/Anlagenführer
ungeklärte Schmerzen nach Kniegelenksverletzung; Schmerz mittelstark

v.a. rechts, medial Knie, links medial Knie, Oberschenkel, Hüfte: "Es sticht und zieht; Stechen nicht so sehr, sondern mehr Ziehen; Stechen kommt dazu am Wochenende, nachts auch; des Ziehen, also ich hab manchmal das Gefühl, da sind doch Sehnen und Nerven, wie ein Strick, und man würde an einem Ende ziehen; oder ich würde die Hand festhalten und zieh daran, dann hab ich erst an leichten und dann tut's weh, je mehr ich zieh; merken tu ich se immer, aber nicht schlimm"

68 B.W./m./24/KFZ-Elektriker
ungeklärte Gesichtsschmerzen auf depressiver Basis; Schmerz sehr stark

beide Gesichtshälften: Oberkiefer in die Augengegend: "Ich

kann die Augen nicht mehr aufmachen; ich kann ja fast gar nichts mehr sehen; des ist so schlecht zu beschreiben, denn das strahlt so sehr aus, aber ich denk, des war hier (Oberkiefer); ich hab irgendwie das Gefühl, wie wenn was steif wär, oder wie wenn was eingeklemmt wär, weil ich mir das nicht erklären kann, die ham reingestochen und dann war's weg; oder vielleicht a Verspannung; (Frage, wie ein Krampf?) doch, das könnt ma sagen; sie sind nimmer stark, aber sie sind a net weg; des ist a ständige Belastung; (nach Zahnarzt) ich hab gedacht, mein ganzes Gesicht ist steif, wie wenn sich ein Nerv eingeklemmt hätte; und irgendwie, des knistert fort; ich muß doch meine Augen aufmachen können; ich kann den Schmerz so schlecht beschreiben, weil er laufend ist und so wechselhaft; kann des net sein, daß was eingeklemmt ist?"

69 L.O./m./45/Angestellter
Polyneuropathie, Verdacht auf Schädigung des Nervus femoralis durch Gefäßoperation; Schmerz sehr stark bis stark

<u>beide Oberschenkelvorderseiten bis Knie, bis Gesäß</u>
<u>Hüfte:</u> "Wenn ich länger lauf, denk ich grad, es tät was dagegendrücken; des is grad wie wenn Sie an Stift haben und von unten drückt man drauf; (Aufstehen) jetzt ist es grad wie wenn da a Nagel raussteht und man drückt dann drauf; des sind ganz starke Schmerzen"
<u>Knie:</u> "Des fängt an zu ziehen und bollert; von unten rauf, und hinten ist es dann ganz schlimm, und dann hilft nur noch die Valorontropfen; wenn ich die Schmerzen hab, da mein ich als, die Oberschenkel sind so (dick); das kommt von unten rauf und oben zieht's hinter, das ist immer ein und das selbe; oh Jesses, jetzt fängts unten an, es dauert dann eine halbe Stunde, und dann zieht's hinten hin; des is mehr so'n Klopfen is des, da kommt der Schweiß, der kommt mit raus; auf einmal watscheln Sie da rum, des is so'n Ruck, und momentan is es, als ob Se so zusammenklappen; abends konzentrieren Se sich mehr auf den Schmerz; des ist ein Schmerz, der hält ein richtig munter; tagsüber ist er auch da, aber man empfindet ihn nicht so, weil man sich un-

terhält; man kann über Schmerz sprechen, aber wenn's einer net selber hat, dann kann er's nicht verstehn; wenn man die dauernd hätt und könnt nichts dagegen machen, ich glaub, man tät blöd werden; des wünsch ich meinem ärgsten Todfeind nit; hab mich dran gewöhnt; bin ja erst 45 Jahre und werde da abgeschoben; Abstellgleis"

70 S.M./w./56/Angestellte
Carpaltunnelsyndrom; Schmerz sehr stark

beide Arme: Finger, Innenseite der Unterarme: "Des is ein ganz stechender, bohrender Schmerz, manchmal meint man so, daß man's nicht ertragen könnt, daß man am liebsten was nehmen könnt und reinschneiden, daß Luft gibt; da meinst grad, so Pfeile geh'n durch; grad wie wenn man mi'm Messer so reinstechen würd; als kribbeln tun sie immer, aber es ist auszuhalten; da hab ich's so stark gehabt, da hab ich geheult, ich hab gesagt, ich nehm a Messer und schneid alles auf; früh da mein ich, die Finger sind noch amal so dick"

71 Sch.H./m./40/Schleifer
LWS-Syndrom; Schmerz sehr stark

links: LWS bis Beckenknochen, lateraler Oberschenkel, Wade: "(Niesen) Da muß ich mich direkt festhalten, sonst sacke ich zam"
LWS: "Da wenn ich draufdrücke, da saust des runter; des sticht richtig; des geht direkt von da oben aus bis runter; bei bestimmten Stellungen: als wenn mar eins Messer nei haut, da könnt ich grad aufschreien"

72 R.K./m./38/Arbeiter
Muskelkontraktionskopfschmerz, depressiver Verstimmungszustand; Schmerz schwach

Nacken, Hinterkopf: "Da is des da oben wie Stromstöße, des gruselt so; man meint grad, des läuft ein kalt den Rücken runter; des zieht da rüber; des zieht in' Rücken runter, leichte Rückenschmerzen immer dabei; ich hab mir noch nicht viel draus gemacht, ich hab gedacht, es wär 'ne Erkältung;

wenn's ganz schlecht ist, da hab ich gedacht, da is der ganze Nacken, daß da was drin is"

73 K.I./w./25/Techn. Angestellte
vasomotorischer Kopfschmerz, akzentuiert durch Schwierigkeiten im sexuellen Bereich; Schmerz sehr stark bis stärkste Schmerzen

Nacken, Scheitelgegend bis Augenbrauen: "Vormittags geht's, dann steigern sie sich ab mittags und sitzen dann auch bis zu den Augenbrauen; des is auch wieder ganz verschieden, am Oberkopf is es mehr ein ständiger Schmerz, an den Schläfen ist es mehr so, als ob der Kopf in einen Schraubstock eingespannt wär"
Hinterkopf: "Ein gewisser Druck ist es eigentlich schon und so'n Stechen und Kribbeln; in der Beziehung hab ich schon Angst vor dem Schmerz, weil ich nicht möchte, daß es andere merken; ich weiß schon nicht mehr, wie's ohne ist"

74 B.D./w./32/Großhandelskaufmann
Migräne, psychosomatische Erscheinungen, Neurose mit depressiven und zwanghaften Zügen; starker bis stärkster Schmerz

v.a. links von Augenbraue bis Nacken: "Wenn das jetzt kommt, dann ist das in wenigen Sekunden ein furchtbarer Schmerz mit Stechen, und wenn das Stechen 20 min gedauert hat, dann kommt ein furchtbarer Druck, und dann kommt die Lichtempfindlichkeit dazu; dann wie ein Stich, wie wenn noch mehr gebohrt wird, wie ein bohrender Schmerz; ein furchtbar bohrender Schmerz, und dann der Druck; als wenn der gesamte Kopf in einem Eisenring sitzt und so zugedrückt wird; Gefühl, als wenn 'ne dicke Nadel hierin steckt und der Eisenring um den Kopf wär; das ist alles verkrampft, so als ob da nichts (Medikament) hinkommt; irgendwann löst sich das wie ein Knoten; jedes Denken tut weh; wenn ich davon aufwache, dann bin ich ganz machtlos, da bin ich denen ausgeliefert; wenn ich aufwache davon, bin ich rettungslos verloren; da bin ich so unglücklich darüber, weil die Schmerzen so massiv sind, da kann ich gar nichts machen; ich hab geschrien, ich hab im Bett gelegen und hab's nicht ausgehalten; Leben nehmen"

75 K.A./m./51/Kunststoffwerker
Chronischer Kopfschmerz bei psychischer Belastung; Schmerz mittel bis stark

Augenbrauen, Schläfen, Nase, Oberkiefer: "Und da zuckt des nur a so im Kopf; meistens is a Druckschmerz, und dann sticht's amal so; wenn ma des so lang macht, ma macht halt zu; ich hab mich schon dran gewöhnt, des weiß ich gar nicht mehr anders"

76 W.M./w./36/Hausfrau
Kopfschmerz, depressiver Verstimmungszustand; Schmerz mittelstark

Scheitelgegend, links Stirn bis Oberkiefer: "Manchmal tut der ganze Kopf weh, selbst die Haare, die sind dann wie elektrisch und stehen ab; da kribbelt des so, und der intensive Schmerz kommt erst, wenn ich drauflange; direkt schmerzhaft ist des nicht, so'n Kribbeln mehr so'n Ziehen; es ist nie so ganz frei im Kopf"
links Gesicht: "Hier so'n komisches Gefühl, als ob's steif wird, und auch so'n Kribbeln; des hat mir halt a weng zu schaffen gemacht, weil des so spannt und so gefühllos; man merkt halt, daß da sich was bewegt, also unruhig ist; stechen tut's manchmal hier (Stirn); ich achte gar net drauf; man verträgt halt dann nicht so viel Krach; es ist zum aushalten, aber unangenehm"

77 J.K./w./21/Sekretärin
Schmerzsyndrom bei neurotischer Symptomentwicklung; Schmerz stark (alle Stärken möglich)

unter linker Schulter, ausstrahlend über Rücken: "Des is so a richtig brennender Schmerz; des fängt mit so'm Kribbeln an, und dann kommt's ganz plötzlich, also innerhalb von Sekunden is des da, und genau so schnell is es auch wieder weg; des is ja nur so'n Blitzschmerz; außen so'n Kribbeln und so 'n Vibrieren; des is als wenn 'n glühender Klumpen zwischen die Rippen gehalten wird und ganz fest dagegen gedrückt wird mit so'm glühenden Ding; (Anlehnen) dann sticht des; manch-

mal ist es ganz stark, da könnt ich in die Luft; da könnt ich grad hinten reingreifen; da zwick ich mich dann so rein, daß ich den Schmerz nicht so spür"
Brustbein: "So'n Druckgefühl, Angstgefühl; wenn ich mir irgendwas vornehme und ich glaub, des schaffst du net"
Magen: "So'n Druckgefühl, so'n Kribbeln"

78 Sch.E./w./52/Angestellte
Zustand nach Cloward-Operation, blander depressiver Verstimmungszustand; Schmerz stark

Nacken lateral, HWS, Arme; Nacken: "Als ob da so 'ne eiserne Faust drin ist, wie so'n Hühnerei, ein festes, und das drückt halt; der sitzt hier hinten drin und geht nicht weg; ich will ihn ja nicht wahrnehmen, ich versuch ihn wegzuschieben; (Heben) dann mein ich, es reißt mich hier kaputt"
Gelenke: "Wie soll ich an Schmerz beschreiben, is einfach immer da"
Arme: "Des is mehr so'n Ziehen, als ob ich da gar keine Kraft hätte, als ob da die Muskeln weniger wären; ich hab mich dran gewöhnt"

79 B.A./m./57/Arbeiter
Funikuläre Myelose, cervikale Myelopathie; Schmerz stark

rechter Oberschenkel, Arm, beide Unterschenkel: "Die Seite da, die is kochend heiß, und die Bein, die Bein, die bring ich nicht nach; und des alles kochend heiß da; des war so'n Stechen und so; wenn nur amal des Heiße weg wär, des is ja furchtbar, des is ja kochend heiß; des war, wie wenn eins die Bein auseinanderdrücken tät; in denen Schmerzen hat man gar net gewißt, wie des ist, so groß warn die Schmerzen"
Unterschenkel: "Des war wie so bitzelnd; des war gräßlich; des is als wenn's ma alles auseinanderdrücken tät, voneinander; da mein ich grad, da wär ein Zentner dran; die Bein war'n praktisch wie gelähmt; der Schmerz ist immer, weil ich ja nicht laufen kann; ich bring ja mei Bein net nach, da unten, da hängt ja an Zentner dran, ich muß ja Angst ham, ich fall hin; ich kann net allein aus'm Bett raus, so richtig deppisch"

80 A.M./w./22/Apothekenhelferin
Kopfschmerz, Rückenschmerz, Encephalomyelitis disseminata; Schmerz stark

Stirn, Oberkopf: "So richtige Spannung is des da; irgendwie so'n Druck am Kopf und dann so'n Ziehen, überwiegend rechts runter; (Wetter) da krieg ich so an Schädel, als wenn des fest gewickelt wär, da könnt ich gegen die Wand rennen; als wenn der Kopf gewickelt wär"
LWS nach oben: "Des zieht nach oben, und irgendwie so'n Druck ist des drauf; (Stehen) wie wenn ich gestaucht wär; des is so'n Ziehen, als wenn die Haut ausgespannt wär; als wenn ich frisch angezogen wär, die Haut so straff; als wenn das gestaucht wär, und dann krieg ich langsam auch das Spannen im Kopf; (Periode) Gefühl, als ob's den letzten Rest rauszieht; ich leg weniger Wert auf den Schmerz"

81 H.C./w./52/Hotelangestellte
Cervicobrachialgie; Schmerz sehr stark

linke Schulter, Unterarminnenseite, Handfläche, Finger 1-3: "Früher wie starkes Rheuma; jetzt, ich war nicht fähig, überhaupt noch einen Handgriff zu machen; es war furchtbar"
HWS: "Da sitzt ein dicker Ameisenhaufen"
Oberarm: "Da drin in der Ecke, da sitzt der dickste Schmerz; des tut richtiggehend weh; ein klarer deutlicher Schmerz ist des; des is nur noch ein Schmerz; da machen sie den Arm rum und wissen nicht, ob er noch dran ist, vor lauter Schmerz; des geht durch und durch; wahnsinnige Schmerzen; ich bin durch die Stadt gelaufen und hab geheult und hab keinen Menschen mehr gesch'n vor lauter Schmerz; wenn's mich hat, dann hat's mich; die Schmerzen war'n furchtbar"

82 B.I./w/56/Hausfrau
Rückenbeschwerden bei depressivem Verstimmungszustand; Schmerz stark

von BWS ausstrahlend in Schulterblätter, Arme nach vorne: "Ich hab was Schweres gehoben, und da hat's gekracht hinten

drin, ich hab direkt an Krachen verspürt hinten drin; ich hab halt hier hinten drin hab ich Schmerzen; mir tut halt beim Liegen arg der Rücken weh, Rückenschmerzen, Rückenschmerzen, und dann fang ich an zu schwitzen; vielleicht hat sich da was reingeschoben, und des drückt auf den Nerv; (auf Frage) doch es ist so brennend, des ist doch bestimmt ein Nerv; es ist so ein brennendes Gefühl, und es zieht mir bis in die Brust; so ein Engegefühl; wie wenn des elektrisieren tät, da auf dem Knoten"
Bein: "Immer eiskalt hierum, grad wo der Schmerz ist; das sieht aus, als ob das heiß wäre, wie wenn was brennen würde hier drin; wie wenn ein Karfunkel wär, so schmerzt des; ein drückendes Gefühl; ich hab nur den Schmerz hier, und das zieht hier den Brustkorb zusammen; es ist ja alles fest hier oben drin; des is grad wie wenn Sie Zahnschmerzen haben; ach, des is a stechender Schmerz"
rechtes Bein: "Des zieht halt hier nunter, des Bein; des is so schwer"

83 R.A./w/56/Verkäuferin
Kopfschmerz bei Cervikalsyndrom, Zustand nach Operation eines Diskusprolapses mit ischialgiformen Beschwerden; Schmerz stark bis mittel

HWS, Nacken: "Wenn ich den Hals beweg, dann knirschts förmlich; ja nun, wie soll ich mich da ausdrücken, ich finde keine Worte; des verkrampf sich auch"
Nacken und seitlich zur Stirne: "Das war ein dauernder Druck, mehr so bisserl a dumpfer Schmerz, mehr dumpf; als hämmernd kann man ihn bezeichnen; ich hoffe nicht, daß das ein Tumor ist"
linke Wade: "Dauernd ein dumpfer Schmerz; Krampf; des zieht dann bis runter; wie ein Stein so hart; ich hab ihn halt dauernd, damit muß ich leben"
rechte Hand: "Ameisenkribbeln"

84 A.H./w./51/kfm. Angestellte, arbeitslos
Zustand nach Operation eines Diskusprolapses, Armbeschwerden ungeklärt, Verstimmung; Schmerz mittelstark

HWS, BWS bis Kopf, Stirne, Ohren, linker Arm, Mittelfinger Hand: "Im Moment kribbelt des"
Arm: "Des is ein ziehender Schmerz manchmal; der is nicht immens stark, aber da ist etwas"
Kopf: "Des is immer, des geht manchmal einher, daß mir schlecht ist; ich geh da mehr drüber weg, zu jammern und zu klagen, des liegt mir ja nicht"
HWS, Nacken: "Des is mehr ein Druck; es ist net, daß ma sagt, ein heller Schmerz; man kann das wohl aushalten, aber auf die Dauer is des wohl unangenehm"

85 L.I./w/62/Hausfrau
Gesichtsneuralgie (Ohr); Schmerz sehr stark bis stark

vorne im linken Ohr, z.T. Hals: "Ich war halb wahnsinnig vor Schmerzen; ich konnte teilweise nicht sprechen; es kommt blitzartig, ich hab ja keine Vorahnung; manchmal hab ich das Gefühl, es lädt sich auf, vom Hals her; es ist so, als ob sich's hier entlädt (Ohr); es ist so, daß ich wirklich mal schreien könnte; (Schultergymnastik) da lief das hier rauf (über Schulter); es sticht wahnsinnig, es sticht sehr stark; wenn's länger war, so als ob's brennt; ich hab mich nicht damit beschäftigt, weil ich's scheußlich find"

86 D.R./m./35/Spengler
atypische Gesichtsneuralgie; Schmerz stark

links vor Ohr bis Stirn, Wange, Hals: "Des tut sakrisch weh; so ähnlich wie Zahnschmerz, bloß viel, viel stärker; des gibt so kurze Stöße, wo des mehr weh tut; des tut so richtig stark weh, und zwischendurch tut des noch mehr weh, da bohrt dann irgendjemand mehr; der bohrt und zieht; da meint man, die Zähn tun weh; des tut also sagenhaft weh; wenn man sich abends ins Bett legt, dann denkt man, hoffentlich geht es gut; ich will endlich mal mei Ruh ham; (Gespräch) es zieht a bißle, aber des is normal"

87 V.A./w./30/Hausfrau
migräneartige Kopfschmerzen; Schmerz sehr stark

beidseitig vom Hinterkopf bis Schläfen; zwischen Anfällen: "Zuerst merk ich's im Magen, so'n Übelkeitsgefühl, und dann kommt so'n Stechen im Hinterkopf, des zieht dann zu den Schläfen; und die Augen, die krieg ich dann bald nicht mehr auf; und dann krieg ich an Stich, als wenn einer mit 'ner Nadel reinstechen würde; also die Schläfen, des Stechen und der ganze Kopf is ein Druckgefühl, als ob etwas draufliegt; da mein ich als jeden Moment, mein Kopf, der zerspringt; da mein ich grad, wie so'n Glas; da is ein Stich und aus war's; pochen ja, manchmal hab ich so als ob jemand dran pumpern tät; jedes Wort tut mir weh; (Brechreiz) da mein ich grad, ich fall um; wenn ich zurückgeh, dann merk ich, es wird leichter"

88 W.E./w./42/kfm. Angestellte
Migräne, cervical bedingter Kopfschmerz; Schmerz sehr stark

Nacken, Stirne, Schläfe; Migräneanfall: "Des kommt hinten rauf, hinten zieht's langsam hoch; manchmal sticht's, dann zieht's, es wirkt sich unterschiedlich aus; nur der Druck da vorne an der Stirne, wie wenn mir einer das Gehirn anbohrt; da werden die Augen dick und rot; des verlagert sich nach links, und dann geht der Augendeckel nicht mehr hoch; da muß ma aufpaß', daß ma net a ganzes Schächtelchen (Tabletten) nimmt, so unerträglich ist das; wenn ich's merk, dann schrei ich, sie kommen, sie kommen; (immer) mein Kopf ist einfach nicht mehr klar, wie benommen; wie wenn Eiter drin wär; ich hab immer an Druck im Kopf, mein Kopf wird einfach nicht mehr frei; wenn des so rumort im Kopf; ich merk halt, daß der Kopf einfach nicht mehr frei ist; des fährt durch, wie ein Blitz; und dann is' wieder wie ein Riß; das macht so Stiche durch, als wenn was durch den Kopf fahren würde; manchmal fühlt es sich so blutleer an; am liebsten sterben, wenns wirklich da ist"

89 L.G./m./56/Landwirt
Schulter-Arm-Syndrom, Involutionsdepression; Schmerz stark

rechter Thorax, Hüfte, Ellbogen: "Wie wenn lauter kleine Stecknadeln drin wären; wie wenn lauter Ameisen drin wären;

das war so heiß, so heiß von innen raus; wie soll man noch sagen, das ist immer dasselbe; des zieht immer, so'n leichtes Ziehen; ich weiß jetzt, daß se wieder kommen, und wenn ich mich hinleg wieder geh'n, ich hab mich schon direkt neingelebt; so innerlich ärger ich mich manchmal, wenn ich seh, wie mein Nachbar schaffen kann"

90 Sp.B./w./20/Verkäuferin
Kopfschmerz nach Comotio cerebri; Schmerz mittelstark bis stark

Schläfen, Parietalgebiet: "Ich spür immer so'ne Spannung da oben, es drückt so; und es zieht auch so in die Ohren; und hat gestochen in die Ohren; da hab ich dann so'n richtigen Druck auf den Ohren, wie wenn die platzen; hab ich rasende Kopfschmerzen gekriegt; als wenn ich laufend da an Schlag draufkrieg; ich mein' immer, daß da oben was draufliegt; des zieht dann zam"

91 B.I./w./28/Fachlehrerin
Vasomotorischer Kopfschmerz; Schmerz mittel bis stark

vom Nacken bis über die Augen: "Des läuft über den ganzen Kopf; Druck auf den Kopf; des is wie ein Druck, hauptsächlich über den Augen; ich hab so'n Druck, und dann auf einmal kommt's, daß es weh tut; der Druck ist am Hinterkopf, und der Schmerz ist am Nacken und am Aug; des zieht sich hier so zusammen (Nase); (Liegen) der Druck ist ständig, aber die Schmerzen sind dann nimmer ganz so schlimm; wie Schwindelgefühl, Schwindel; da tut des so weh, daß ich mir nicht mehr helfen kann; da könnt ich weinen; mir war's halt zum Heulen"

92 G.E./w./34/Krankenschwester
Vasomotorischer Kopfschmerz, Streß; Schmerz sehr stark

von Hinterkopf links bis Stirne (beidseitig): "Des war ein Schmerz, der sich so richtig zusammenkrampft hat an der einen Stelle; des legt sich wie ein Ring um den Kopf und drückt furchtbar auf die Augen; ich hab des Gefühl, als ob sich des

irgendwie zusammenzieht, zusammenkrampft; an dieser Stelle hab ich auch ein Stechen; sobald ich aufgestanden bin, fängt das schlagartig hier an der einen Stelle an und zieht hier rüber; es kommt wie so'ne Welle"

93 H.E./w./56/Rentnerin, Gastwirtschaft
Kopfschmerz bei Hypertonie, Gefäßprozeß; Schmerz stark

Parietalgebiet, linke Gesichtshälfte: "So'n arger Druck da hinten, mir is es, wie wenn ich im Glaskasten sitzen würd; es wär was im Kopf wo platzt; so'n Druck; des is als da (bestimmte Stelle) a Druck, daß ich als amal da herlang und schau, ob ich da was rausdrück kann"
Ohr: "Und dann am Ohr is immer so'n .. manchmal wie so'n Pfeifen und wieso'n Brummen; manchmal gibt's amal so'n Stich, aber net schlimm; des zuckt mer als amal zama; und die ganze Gesichtshälfte is so pelzig; da die Schläfe is so pelzig, manchmal denk ich, ich müßt a Nadel nehm und reinstechen, damit ich seh, ob ich noch was spür; ich kann a gar net les; des is direkt da, und da hab ich Angst gehabt vorm Tumor; wenn's sehr stark is, kann ich's ja gar nicht aushalten"

94 B.K./w./35/Zugehfrau
Carpaltunnelsyndrom; Schmerz mittel bis stark

Hände, Finger, rechts bis Ellbogen, Oberarm, v.a. dorsal: "Des is wie so'n Ameisenhaufen, so'n Kribbeln (Hand), und des zieht dann nur bis hinten nein Arm wie so'n Krampf; wie so'n Ziehen, so'n Kribbeln; des zieht da hoch und im Ellebogen verkrampft sich des und zieht bis zur Schulter; ich finde, daß sich's durch das Ziehen, durch des Kribbeln im Ellbogen festsetzt und da verkrampft; des fühlt sich an, wie wenn das Blut bis dahin käm (Ellbogen), und da verkrampft sich's, und wenn sich's wieder löst, zieht's nach oben; jetzt zieht's laufend; da drinnen so'n richtiger Krampf"
Hand: "Wie wenn sich da was verziehen tät, wie wenn man was in die Länge zieht"

Oberarm: "Jetzt spür ich nur die Unruhe drinnen, richtig unruhig, nervös; aber des Schwere, des is immer da, wie so'n Bleigewicht; daß sich's von vorne (Finger) mitten durch zieht und dann sich's nach oben bildet (Mittelhand dorsal); man könnt' sagen, es wandelt"

95 E.H./w./62/Hausfrau, Küchenhilfe
Diskusprolaps; Schmerz stark

Rücken, linkes Bein dorsal, bis Zehen: "Weiß a net, wie ich des machen soll; es ist richtiger Schmerz, des kann man sagen; des is a ganz ziehender Schmerz; na des zieht halt so, so damisch, und des wird so ähnlich wie straff; so a richtig straffe Schmerz; ich sagert's Ihnen, aber es is ein richtig ziehender Schmerz und halt da hinten runter; der zieht dann halt so in die Bein nein; des is so richtig spannend; des geht hin und her dürf ma sagen; manchmal war's nicht zum Aushalten; halt net beweglich wie ein Fuß, wie des sein sollte; der Schmerz fährt dann vom Kreuz nunter'n Fuß, dann hab ich kei Kraft drin, dann mein ich, ich sink um; und der vordere Zeh und des Vordere, des is halt ganz taub; vor allen Dingen hab ich halt immer viel geweint, ja weil ich halt nicht laufen konnte; ich hab mich halt geschämt, weil ich so knupp"

96 H.G./m./45/Werkmeister
Polyradikulitis; Schmerz sehr stark, stärkster Schmerz

Rücken, rechte Schulter, rechter Arm, Unterarm, v.a. Innenseite: "Des zieht dann immer da rein und verläuft sich wie ein Strang daher (zum Handgelenk entlang des Unterarmes); es ist so ein fester Schmerz, der bleibt; wenn einer einem den Arm rumdreht und hält die Stellung fest; des zieht so übers Kreuz her; weil sich alles verkrampft; beengend, man krümmt sich dann a bissel und es wird immer mehr; ich konnt's nicht mehr aushalten, ich hab mich gekrümmt vor Schmerz; der macht mich so fertig, da kann ich kaum an Schritt machen; des kann ich fast net aushalt; daß ich nicht arbeiten kann, des is des Schlimmste, daß ich so nutzlos da rumlieg; soll

ich dich erschießen, ich hätt ja gesagt; es war für mich so deprimierend, ich konnte mir gar nicht vorstellen, daß man bei Armschmerzen nicht mehr gehen und nicht mehr sitzen kann"

97 K.E./m./61/Lagerverwalter, Getränkevertreter
diabetische Polyneuropathie; Schmerz stark

Finger, v.a. der rechten Hand, Füße, Zunge, Unterlippe: "Wie so'n Kribbeln und Elektrisieren; kennen Sie einen Ameisenhaufen?, wie wenn Sie da reinlangen, wie Nadelstiche; des tut immer a bissel pulsieren; es tut weh, es tut weh; ich hab gemeint, meine Fußsohlen werden immer dicker; wie wenn das geschwollen wäre; ich mein immer, meine Hände und Füße wären kalt; des wird dann unerträglich, des dauert zu lang (ohne Tabletten); man gewöhnt sich dran, ich bin nicht so empfindlich"

98 A.F./w./58/Hausfrau
atypische Gesichtsneuralgie; Schmerz sehr stark

linke Schläfe, Oberkiefer: "Wenn ich sprech, dann is das, als ob dahier vibriert und wird dadurch stärker oder angeregter; des pocht, als ob's da raus wollt oder klopft oder bohrt, und wenn's stärker is, dann is der Kreis weiter; dann wühlt des, pocht des; des kommt von innen und will nach außen; des zuckt, des sticht, des bohrt, des hämmert, des fährt so, dann macht ma unwillkürlich (zuckt zusammen); der stechende Schmerz is noch viel stärker als das Rumoren; immerzu war dieser furchtbare Schmerz, dieses Bohren da; des sticht so; des wogt halt so durch den Kopf; wenn ich erschreck, dann fährt es m'r da rein; des war so arg, daß ich gar nicht wußte, was mir eigentlich weh tut; die ham gedacht, das wär Larifari; ich dachte, mir steht die Haut auf, als ob die Haare sich so aufstellen würden; dann hab ich nur noch im Traumzustand gelebt; es war unerträglich; ich hab so furchtbar gezittert; da wenn se mir den Kopf abgeschnitten hätten, da wär's mir auch recht gewesen, so arg war des; da hat der Schmerz die Tränen rausgepreßt; des kann man gar nicht erklären, des war furchtbar"

99 L.K./w./56/Krankenschwester
Fersenbeinsporn; Schmerz stark

linke Ferse: "Ich hab gedacht, ich lauf auf tausend Dornen, Stacheln; und da geht's zack, zack, zack, durch wie ein Pfeil, wie an Blitz reißt's da unten in der Ferse durch; Mensch, was sticht mich; mit jedem Schritt war das, wie wenn so a paar Disteln wären, wo ich reintret; so manche Nacht, da reißt's da durch; dieses Zick-Zack, dieses bewußte; wenns so durchhaut; wie Stromstöße schießt des durch, so scharf; und es sticht mit jedem Schritt, aber ich geb mir Mühe; da hatt' ich ja derartige Schmerzen im Fuß, da konnt ich nimmer; ich hatte wirklich wahnsinnige Schmerzen; ab da war des unerträglich; da beiß ich die Zähn zusammen, weil ich nicht humpeln will; also des glaubst Du net, da hast Du ja gar nichts mehr vom Leben; a Narr wirst de da ja; da denk ich immer, soll dich keiner seh'n, daß du hinkst; bild ich mir das denn ein, kannst du dir des denn einbilden, so an Schmerz"

100 V.G./m./21/Student
Kopfschmerz, allgemeiner Verstimmungszustand; Schmerz mittel

z.T. ganzer Oberkopf, z.T. umschriebene Stellen: "Des ist wandernd, also kein fester Ort, manchmal stellenweise"
ganzer Kopf: "So'n Druck, so 'ne Spannung unter der Oberfläche, wie wenn es den Kopf sprengen wollte; so dumpf, also nicht klopfend, stechend; meistens ist es so drückend, daß man schlechte Laune kriegt"
Punkte: "Auch nur ein Druck, aber stärker zentriert; es ist praktisch jede Stelle empfindlich (auf Druck); hinter den Schläfen hat's auch so'n Druck; so kann's nicht weitergehen"

101 A.H./w./24/Verwaltungsangestellte
Kopfschmerz ohne Hinweis auf organisch neurologische Störung; Schmerz stark

ganzer Kopf, Schläfen, Oberkiefer: "Zusätzlich hab ich so'n Druck, wie wenn ich so'ne Zementdecke im Kopf hätt'; also 'ne bestimmte Stelle kann ich net nennen; die Schläfen, die

pochen; aber sonst hab ich ständig Druck; nur ständig, wie wenn was Schweres auf ei'm liegt; wie wenn ich Zement im Kopf hätt' (Oberkiefer, Augen); ich steh auf, und da is es; ständig der komische Druck"

102 N.E./w./63/Hausfrau
Zustand nach cerebralem Insult, Kopfschmerzen; Schmerz mittel bis stark

Kopf: "Da fängt es an sich zu verkrampfen; als hätte ich so ein Hefestück im Kopf, und das dehnt sich aus; als hätte ich Nähte, die zerren; als würde etwas ticken an die Schädeldecke; dumpfes Gefühl (Stirn); wie Antennen, die da rausgehen, wie Hörner"
Brust links, ausstrahlend in linken Arm und Hals: "Wie eine Faust, beklemmend; es ist wie ein rheumatischer Schmerz"
Rücken links, ziehend nach vorne: "Verklemmt, tot; ein dunkles Gefühl"

103 S.M./w./40/Hausfrau
Migräneartiger Kopfschmerz; Schmerz stark

abwechselnd rechts oder links Schläfe, Augen; Nacken: "Jedes Haar tut weh; ja, der Schmerz ist schon fest; so'n reißender Schmerz, so'n richtig fester Schmerz; des is so'n Schmerz, wie so'n Krampf, und dann löst der sich; die Verkrampfung hat sich gelöst; wenn ich brechen könnt, wär's leichter; ich halt des nix mehr aus, ich wer noch verrückt; wenn's nur der Kopf wär', aber des schlecht; da denk ich als, mein Gott, jetzt geht's schon wieder los; dann denk ich, ich hab an Tumor; (Stolpern) da mein ich, da drin wackelt was; die Sehstörung dauert ca. 20 Min., des wird dann so ein Punkt; da krieg ich als so Angstzustände mi'm Herz; dann ist alles aus; als hab ich so'n Krabbeln im Gesicht, dann werd ich so feuerrot"
Rücken: "Ein Punkt der brennt; ein brennender Schmerz"

104 J.B./w./73/Oberlehrerin a.D.
Zustand nach Mammaamputation wegen Carzinom, Plexusschmerzen; Schmerz sehr stark, stärkster Schmerz

linker Finger, Hand, Unterarm, Oberarm, Achselhöhle: "Also Schmerzen hab ich unheimlich; das Handgelenk, da sticht es so, so Stiche; wo der Puls ist, da sticht es wahnsinnig; ein stechender Schmerz, dann rührend, dann wie Feuerschwaden, da mein ich grad, Feuer ist im Finger und die Finger müßten sich weiten und es müßte raus; wie ein eitriger Finger, ein rührender, pochender Schmerz; wie so ein Hammerschlag, wie ein elektrischer Schlag; also des sind Nervenschmerzen; (Heben) da spannt des fürchterlich; es ist die Spannung hier so groß; Freitod; der Arm, der macht mich verrückt, ich kann nicht mehr so weiterleben; ich sag Ihnen, des is so furchtbar, ich dreh bald durch; die Schmerzen lassen mich nicht los; der Schmerz geht jetzt über meine Kraft; wahnsinnige Schmerzen"
rechts hinter Ohr zum Kopf: "Gefühl, daß ich an Pfropfen hab oder an Tumor im Gehirn; des zieht so"

105 M.Z./w./66/Hausfrau
Zustand nach Operation eines Diskusprolapses; Schmerz sehr stark, stärkster Schmerz

Dorsalseite des linken Beines, Knöchel, Rücken links der LWS: "Da tut sich das Bein so verkrampfen und versteift sich, und da wird des eiskalt, und dann fängt der Schmerz an; so'n Ziehen is da in dem Bein, nur im Moment, da haut des durch, dann kommt der Krampf, und dann kommt der andere Schmerz, da reißt des in die Wunde rein; wie so'n Reißen und Ziehen und Verkrampfen; da mein ich, ich hätt' so'n Brett hängen; große kräftige Schmerzen"
Rücken: "Wenn ich mich bück, dann mein ich, da reißt was, wie wenn was zu kurz wäre, wie wenn des spannt; des ist wie ein Geschwür, wie so'n Messer schneidet im Kreuz; es ist ganz furchtbar, es ist nicht auszuhalten; wenn es stark is, nimm ich was; der Mensch gewöhnt sich dran"

Gesichtsneuralgie, Kopfschmerz: "Des zieht wie hier rein (Backe); so'n Stechen und Ziehen und Reißen, und vor allem da brennt das hier, wie Feuer; des rast dann so in die Augen rein, in die Schläfen"

106 J.H./w./47/Hausfrau
Zustand nach Operation eines Glomustumors, migräneartige Kopfschmerzen; Schmerzen sehr stark

linke Kopfhälfte, Auge, Oberkopf, bis Ohr: "(Beginn) Trokkenes Gefühl, in Mund und Nase; dann kommt diese starke Schleimabsonderung, und dann ist auch der Kopfschmerz stärker, und dann kommt das Erbrechen; starke Lichtempfindlichkeit; Gefühl, daß es Auge rausfällt; das ist immer so ein Hämmern, ein ständiges Hämmern, so ein gleichmäßiges; immer so'n gleichmäßiges, monotones Gefühl, so'n Hämmern; das ist das Stärkste im Auge, so als ob das rausfallen wollte; so bohrend, hämmernd; wenn ich erbrochen hab', klingt des ab; (im Operationsgebiet beim Essen) diese Verkrampfung, das tut sehr weh; da merkt man dann, wie wenn sich was am Hals bewegt; ich hab immer das Gefühl, als ob sich da was zusammenzieht, und dann bildet sich Speichel"

DER FRAGEBOGEN

Klinik, Station, Arzt

Archivnummer

Datum

Name, Vorname

Geschlecht männl. weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Adresse

Beruf

Konfession

Lateralität

Diagnose(n)

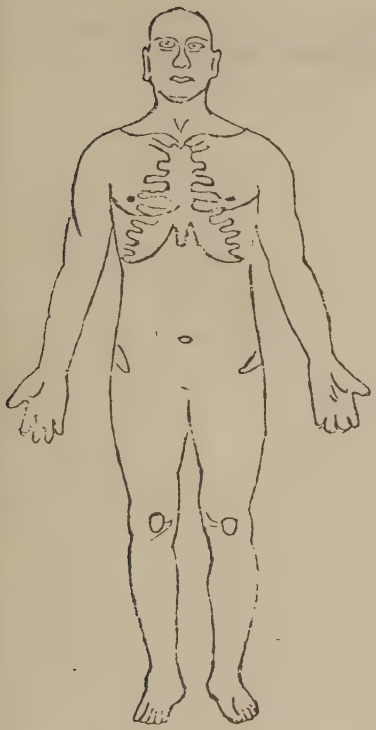
Befund

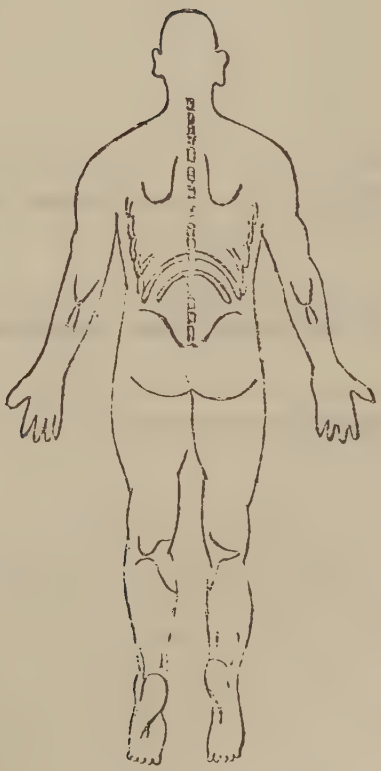
Medikament

Familienanamnese

Eigenanamnese

Wann fühlten Sie sich zum letzten Mal völlig gesund?





Schmerzanamnese

Beginn der jetzigen Schmerzsymptomatik

Lokalisation

Anatomische L.

Können Sie den Schmerz genau lokalisieren?	ja				nein
	3	2	1	0	
Ist der Schmerz immer an der selben Stelle?	ja				nein
Fühlen Sie den Schmerz	oberflächlich				
	in der Tiefe				

Spontane Beschreibung des Schmerzgeschehens

Dauer und Ablauf

chronisch akut

Ist der Schmerz immer vorhanden? ja nein

wenn ja
Ist der Dauerschmerz immer gleich stark? ja nein

Kündigen sich die Schmerzattacken an? ja nein
wodurch?

Wie oft kommt eine Schmerzattacke?

Wie lange dauert sie?

Wie verläuft sie? an- und abschwellend

einschießend und langsam ausklingend

einschießend und plötzlich endend

Stärke

Können Sie vor Schmerz nicht einschlafen? ja nein
Wie oft; wie lange nicht?

Wachen Sie nachts vor Schmerz auf? ja nein
Wie oft; wie lange liegen Sie wach?

Nehmen Sie Medikamente, um einschlafen zu können? ja nein
Welche?

Schlafen Sie auch ohne Schmerz schlecht? ja nein

Spielt der Schmerz bzw. die Angst vor dem Schmerz im Traum eine Rolle?

Abhängigkeit von bestimmten Faktoren

Wodurch wird der Schmerz ausgelöst oder verstärkt?

Wodurch wird der Schmerz gelindert?

Medikamentös:

Können Sie sich bewußt vom Schmerz ablenken?	ja	nein
Ist der Schmerz abhängig von		
Tageszeit	ja	nein
Wochentag	ja	nein
Jahreszeit	ja	nein
Wetter	ja	nein
Nahrungsaufnahme	ja	nein
Körperhaltung	ja	nein
Arbeit	ja	nein
Stimmungslage	ja	nein
Verstärkt sich der Schmerz bei		
körperlicher Anstrengung	ja	nein
Aufregung	ja	nein
Angst	ja	nein
Niedergeschlagenheit	ja	nein
Grübeln über Problemen	ja	nein
in Streßsituationen	ja	nein

Psychische Mitreaktionen

Haben Sie Angst vor dem Schmerz? ja 3 2 1 0 nein

Versuchen Sie jede Situation, die den Schmerz auslösen oder verstärken könnte, zu vermeiden? ja nein

Ist der Schmerz verbunden mit Angst (mit Todesangst)? ja nein

mit Beklemmung? ja nein

Sind Sie durch den Schmerz beunruhigt? ja nein

Weshalb

Wirkt sich der Schmerz auf Ihre Stimmung aus? ja nein

Haben Sie sich durch den Schmerz verändert? ja nein

Sensorische und körperliche Mitreaktionen

Biographische Angaben

Anzahl der Geschwister
Stellung in der Geschwisterreihe

Familienstand

Beruf des Partners

Anzahl der Kinder
Wie oft sehen Sie Ihre Kinder?

Eigener Beruf
Sind Sie mit Ihrem Beruf zufrieden? ja 3 2 1 0 nein

Religiosität

Hat sich durch Ihren Schmerz Ihre Einstellung zur Religion geändert? ja nein

Hilft Ihnen der Glaube, den Schmerz besser zu ertragen? ja nein

Besonderheiten

Selbstdarstellung

Probleme

Hat sich durch den Schmerz Ihr Leben verändert?

beruflich	ja	nein
in der Freizeit	ja	nein
in bezug auf Freundschaften	ja	nein
in bezug auf Ihre Familie	ja	nein

Reaktion der Familie auf Ihren Schmerz:

Haben Sie mit Ihrer Familie über Ihren Schmerz gesprochen?	ja 3 2 1	nein 0
Fühlen Sie sich verstanden?	ja	nein
Hat Ihre Familie Mitleid?	ja	nein
Macht Ihre Familie sich große Sorgen?	ja	nein
Merkt Ihre Familie, wenn Sie Schmerzen haben, auch wenn Sie nicht davon reden?	ja	nein

Schmerz und Partnerschaftsbeziehung

Reaktion der Arbeitskollegen

Wissen Ihre Kollegen von Ihrem Schmerz?	ja	nein
Haben Ihre Kollegen Verständnis?	ja	nein
Wird Rücksicht auf Sie genommen?	ja	nein

Dauer des Gesprächs

Schmerzen während des Gesprächs

Welche Eigenschaften treffen für Ihren Schmerz zu?

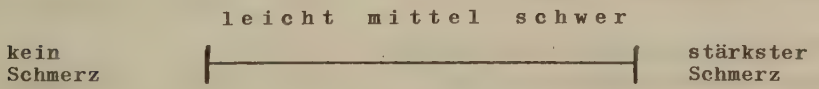
dumpf	ja	nein	weiß nicht
spitz	ja	nein	weiß nicht
spannend	ja	nein	weiß nicht
schneidend	ja	nein	weiß nicht
hell	ja	nein	weiß nicht
reißend	ja	nein	weiß nicht
stumpf	ja	nein	weiß nicht
brennend	ja	nein	weiß nicht
pochend	ja	nein	weiß nicht
bohrend	ja	nein	weiß nicht
drückend	ja	nein	weiß nicht
stechend	ja	nein	weiß nicht
ziehend	ja	nein	weiß nicht
kneifend	ja	nein	weiß nicht

Als wie stark empfinden Sie Ihren Schmerz?

als sehr stark - als stark - als mittelstark - als schwach

Glauben Sie, daß es einen stärkeren Schmerz gibt als Ihren? ja nein weiß nicht

Bitte tragen Sie die Stärke Ihres Schmerzes in das nachfolgende Schema ein!



Brachte dieses Gespräch für Sie einen persönlichen Gewinn?	ja	nein	weiß nicht
Versuchen Sie Ihren Schmerz vor anderen zu verbergen?	ja	nein	weiß nicht
Fühlen Sie sich durch Ihren Schmerz ausgestoßen?	ja	nein	weiß nicht
Glauben Sie, daß die Ärzte Ihren Schmerz ernst genug nehmen?	ja	nein	weiß nicht
Haben Sie Angst, Ihrer Familie wegen Ihres Schmerzes lästig zu werden?	ja	nein	weiß nicht
Sind Sie froh, daß Sie mit mir über Ihren Schmerz sprechen konnten?	ja	nein	weiß nicht
Glauben Sie, daß irgendjemand denkt, Ihre Schmerzen seien nicht so schlimm, wie Sie vorgeben?	ja	nein	weiß nicht
wer:			
Fällt es Ihnen schwer, mit Menschen, die Ihnen nahestehen, über Ihren Schmerz zu sprechen?	ja	nein	weiß nicht
Fühlen Sie sich durch Ihren Schmerz einsamer als früher?	ja	nein	weiß nicht
Haben Sie Angst, daß Ihre Freunde sich von Ihnen zurückziehen könnten, wenn Sie über Ihren Schmerz sprechen?	ja	nein	weiß nicht
Glauben Sie, daß Sie von ärztlicher Seite bestmöglich betreut werden?	ja	nein	weiß nicht
Sind Sie froh, daß Sie mit mir über Ihre Probleme sprechen konnten?	ja	nein	weiß nicht
Fühlen Sie sich mit Ihrem Schmerz alleingelassen?	ja	nein	weiß nicht

Bitte versuchen Sie, anhand der unten aufgeführten Eigenschaftswörter auszudrücken, wie Sie sich im Moment fühlen.

Beispiel: Wenn Sie sich mehr müde als frisch fühlen, so kreuzen Sie je nach dem Ausmaß Ihrer Müdigkeit eine Zahl in Richtung dieser Eigenschaft an.

Kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an! Lassen Sie keine Zeile aus!

(3 = sehr stark, 2 = mittel, 1 = ein wenig, 0 = nicht)

klar	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	benommen
unsicher	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	sicher
heiter	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	traurig
unwohl	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	behaglich
gelassen	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	gereizt
einsam	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	geborgen
frisch	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	müde
unruhig	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	ruhig
glücklich	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	niedergeschlagen
angespannt	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	gelöst

Beobachtungsbogen

kooperationsbereit	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	ablehnend
offen	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	verschlossen
fähig zur Schmerzbeschreibung	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	unfähig
lebhaft gestikulierend	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	bewegungsarm
ruhig	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	unruhig
selbstbewußt	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	unsicher
heiter	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	traurig
gelassen	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	gereizt
sicher	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	ängstlich
glücklich	3 - 2 - 1 - 0 - 0 - 1 - 2 - 3	niedergeschlagen

Leidensdruck

Konstitution

Besonderheiten

L e b e n s l a u f

Am 15.7.1952 wurde ich, Helga Winkler, als erstes von zwei Kindern des Tierarztes Dr.med.-vet. Rolf Winkler (verstorben 1966) und seiner Ehefrau Ursula Winkler, geb. Klinger, in Kelheim geboren.
Ich besuchte die Volksschule in Abensberg, Karlstadt/Main und Wegscheid, anschließend das Gymnasium in Passau, Landshut und Würzburg. Am Mozart-Gymnasium Würzburg legte ich im Juni 1972 die Reifeprüfung ab.
Im Wintersemester 1972/73 immatrikulierte ich mich an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg für das Studium der Humanmedizin, vom Wintersemester 1977/78 bis einschließlich des Wintersemesters 1979/80 studierte ich Philosophie als Zweitstudium.
An der Universität Würzburg bestand ich im August 1974 die Ärztliche Vorprüfung, im März 1976 den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und im März 1978 den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung. Das praktische Jahr absolvierte ich an der Neurologischen Universitätsklinik Würzburg im Fach Neurologie und im Städtischen Krankenhaus Schweinfurt in den Fächern Innere Medizin und Chirurgie. Im April 1979 bestand ich den schriftlichen Teil und am 10. Mai 1979 den mündlichen Teil des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung.

Meine Approbation als Ärztin erhielt ich am 26. Juni 1979.

Vom 1. November 1979 bis 31. Dezember 1980 arbeitete ich als Assistenzärztin auf der neurologischen Abteilung des Krankenhauses mit Rehabilitationsklinik für Rückenmarkverletzte Hohe Warte, Bayreuth. Seit 1. Februar 1981 bin ich als Assistenzärztin im Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberfranken, Bayreuth, tätig.
Am 26. September 1975 heiratete ich den Medizinstudenten Herrn Klaus Lamprecht. Die Ehe wurde am 24. April 1979 rechtskräftig geschieden, mit Wirkung vom 16. Mai 1979 nahm ich meinen Mädchennamen wieder an.

Winkler Helga